LEÇONS CLINIQUES

SUR LES

MALADIES MENTALES



PUBLICATIONS DU *PROGRÈS MÉDICAL*

LEÇONS CLINIQUES

SUR LES

MALADIES MENTALES

FAITES A L'ASILE CLINIQUE (SAINTE-ANNE)

PAR

V. MAGNAN

MÉDECIN EN CHEF A L'ASILE SAINTE-ANNE
LAURÉAT DE L'INSTITUT ET DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
ANCIEN VICE-PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE
ANCIEN PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE
MEMBRE DU CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE



Recueillies et publiées

PAR

le Dr Marcel BRIAND
Médecin en chef à l'Asile de Villejuif

le Dr LEGRAIN
Médecin en chef à l'asile de Ville-Evrard

les Drs JOURNIAC et SÉRIEUX
Médecins-adjoints des Asiles.

DEUXIÈME ÉDITION

PARIS

BUREAUX DU PROGRÈS MÉDICAL
14, rue des Carmes.

Ancienne Maison Delahaye
LOUIS BATTAILLE
ÉDITEUR
23, Place de l'École-de-Médecine, 23

1893

Cette seconde édition, en dehors des leçons sur l'épilepsie, la dipsomanie, le délire chronique et les considérations générales sur les héréditaires dégénérés, les délirants chroniques et les intermittents, contenues dans la première édition, renferme une cinquième partie consacrée à la manie et aux états maniaques dans les diverses formes mentales. Ces dernières leçons comme les précédentes, sont essentiellement cliniques et l'exposé sémiologique basé sur l'examen direct du malade est suivi de considérations pratiques sur le traitement et sur les mesures d'hygiène applicables à ces aliénés, notamment, sur la nécessité absolue de la suppression de la camisole de force et de tout moyen de contention, dans les formes aiguës de la folie.

PREMIÈRE PARTIE

Épilepsie : Attaques, Vertiges, Épilepsie larvée, Délire.— Responsabilité.— Traitement.

LEÇONS CLINIQUES

SUR

L'ÉPILEPSIE

PREMIÈRE LEÇON

Préliminaires. — Aura.

Sommaire. — Des impulsions dans les principales formes mentales.

Épilepsie : Névrose à paroxysmes, héréditaire et parfois à transmission similaire. — Caractères généraux des actes des épileptiques : automatisme, inconscience.

Phénomènes prémonitoires : modifications du caractère. — Aura : aura motrice, sensitive, sensorielle, intellectuelle, sa constance chez le même sujet ; utilité de son étude au point de vue des localisations cérébrales. — Un cas rare d'épilepsie d'origine périphérique avec aura sensitive et motrice.

Messieurs,

Nous continuerons aujourd'hui à explorer notre terrain de recherches sur les impulsions et les actes des aliénés. L'étude attentive des faits montre, qu'en admettant la théorie et la classification des partisans des monomanies et en s'en tenant à la simple considération du délire prédominant, on est conduit à grouper ensemble, dans un même cadre, les maladies les plus disparates.

Nous avons vu qu'un acte isolé, quelle que soit sa gravité,

ne pouvait suffire à caractériser tout le groupe d'aliénés dans lequel il s'observe. Si nous prenons, en effet, un des actes les plus graves qu'accomplissent nos malades, le suicide, par exemple, l'examen individuel nous a montré combien ce symptôme devenait différent, suivant qu'il était le résultat de la conception délirante du mélancolique, des hallucinations de l'alcoolique, ou bien encore des idées systématisées du délirant chronique, sans parler des épileptiques, qui refusent absolument de se ranger dans la description d'une monomanie de suicide.

Il est donc préférable d'examiner séparément chacune des formes pathologiques ; nous déterminerons ainsi, d'une manière plus sûre, la nature et les caractères des impulsions et des actes qui s'y rattachent.

Nous étudierons ensemble, aujourd'hui, les actes des épileptiques, nous tenant exclusivement dans le domaine de la Clinique, la base la plus sûre de tout édifice pathologique.

L'épilepsie, par les troubles intellectuels qui l'accompagnent, est une des maladies mentales qui soulève les problèmes les plus ardus de la médecine légale. Sans doute, lorsqu'une attaque vient brutalement frapper un sujet, que celui-ci, ne tenant compte ni du lieu, ni du temps, ni des moyens, accomplit, aussitôt après la crise, un de ces délits, un de ces crimes que rien ne motive, dont l'imprévu, l'étrangeté, la soudaineté, dénotant l'absence de toute volonté, révèlent aux yeux les moins clairvoyants le caractère maladif, rien assurément n'est plus simple, et la tâche de l'expert pour éclairer le juge devient des plus faciles.

Mais, il n'en est pas toujours ainsi, et si l'épilepsie est bruyante, tapageuse, attire forcément les regards dans ses manifestations les plus étendues, d'autres fois, au contraire, elle est silencieuse, sournoise dans ses allures ; tantôt retirée,

solitaire, elle ne se produit que la nuit, et peut rester méconnue ; tantôt elle se montre au grand jour, mais si atténuée, sous des dehors tellement bénins, tellement inoffensifs, qu'elle est à peine remarquée par les gens qui entourent le patient; quant à lui, il ignore absolument qu'il est atteint de la plus affreuse maladie. Tel est le cas où les paroxysmes de la grande névrose se traduisent par des vertiges sans spasmes musculaires, par des absences dans lesquelles une éclipse momentanée du moi laisse à l'automatisme toute son action aveugle. Cet automatisme, qui n'est autre que l'accomplissement d'actes sans intervention de la conscience, se trouve néanmoins sollicité, soit par la continuation ou la répétition d'une action familière au malade, dont l'exécution est devenue machinale, soit par le réveil de sensations passées, d'images mnémoniques recueillies par les centres perceptifs encéphaliques. Ceux-ci sont rendus indépendants par l'*ictus* épileptique, *lésion déchargeante* des Anglais, qui frappe, qui annihile pour un temps les centres les plus élevés des hémisphères.

Les impulsions liées à l'épilepsie ont un caractère de fatale irrésistibilité qui dépasse de beaucoup l'impérieux besoin de boire du dipsomane, la ténacité parfois si opiniâtre du mélancolique halluciné à se suicider ou à frapper son entourage, et, d'une manière générale, les tendances impulsives de tous les autres délirants. Elles ont, de plus, quelque chose de terrible et d'étrange : c'est l'inconscience absolue du malade, dans la plupart des cas. Tandis que, comme nous l'avons vu, le dipsomane essaie de résister à la boisson, s'attriste se cache, et ne succombe enfin qu'après une véritable lutte, l'épileptique, au contraire, involontairement, automatiquement, frappe ou tue, très surpris après l'accès des scènes souvent si dramatiques dont il vient d'être l'acteur. Quand il s'en souvient, c'est qu'il n'a pas agi sous l'empire d'un état

de mal proprement dit, mais bien d'un autre *processus* délirant qui, comme nous le verrons plus tard, peut se montrer parfois simultanément chez le même individu. Dans les cas de ce genre, il y a association de deux maladies distinctes, marchant parallèlement et se révélant chacune par leur symptomatologie habituelle.

L'épilepsie, vous le savez, est une névrose à paroxysmes, caractérisée par des accès intermittents, avec perte de connaissance, accès qui peuvent se montrer sous forme d'attaques convulsives, de vertiges, d'absences ou de délire spécial (épilepsie larvée). C'est une maladie essentiellement héréditaire, et parfois, quoi qu'on en ait dit, à transmission similaire. Elle reconnaît souvent pour cause l'alcoolisme, ou la folie du père ou de la mère, le mariage consanguin des parents; dans quelques cas rares, on a aussi invoqué comme cause occasionnelle, chez des sujets préalablement prédisposés, des émotions morales, surtout la frayeur; mais, il faut bien le dire, ces derniers faits sont exceptionnels, malgré la persistance que mettent souvent les parents à expliquer ainsi, par un accident, la maladie de leurs enfants.

Cependant, j'en ai vu quelques exemples : Une malade eut sa première attaque en 1871, à la suite d'un coup de canon, parti à son insu, d'une barricade placée à côté d'une porte derrière laquelle elle se tenait cachée. Chez une autre, le premier accès coïncida avec la chute d'un maçon, qui vint tomber d'un cinquième étage, à ses pieds. Chez ces deux malades, les attaques se montrèrent par la suite, avec une excessive fréquence, et ne furent enrayées qu'avec la plus grande difficulté.

Comme le sujet n'a pas conscience de ses crises, il peut lui arriver de rester plusieurs années dans l'ignorance de son mal, jusqu'au jour où il se sera manifesté en présence d'un

témoin. Si, vers cette époque, il s'est présenté un incident quelque peu insolite, on rendra cet incident responsable de cette attaque qui, en réalité, est loin d'être la première.

Que se passe-t-il, ordinairement, avant l'attaque? Si celle-ci se présente parfois d'emblée sans phénomènes prémonitoires, elle peut être précédée par deux ordres de symptômes très distincts : les uns se rattachant aux dispositions morales du sujet; les autres, plus intimement liés à l'attaque, sont la traduction extérieure du malaise de la région cérébrale sur laquelle va tout d'abord se porter la décharge épileptique. C'est ce que l'on a désigné sous le nom d'*aura*.

Les modifications du caractère, précédant l'attaque, ont, de tout temps, été remarquées par les personnes appelées à vivre auprès des épileptiques. Tantôt, en effet, les malades se montrent tristes, hargneux, irascibles, emportés; la moindre contradiction, l'incident le plus insignifiant devient motif d'injures et de violences ; parfois même, sans nulle provocation, ils entrent dans des accès de colère et de fureur. L'entourage, mis en éveil, prévoit une crise prochaine, évite tout froissement, toute discussion et surveille plus attentivement. D'ailleurs, hors des asiles, ce changement d'humeur est fertile en rixes et en actes regrettables de toute sorte. Ces malades, jouissant d'une apparente lucidité, paraissant agir sous l'influence de la colère, sont souvent, dans ces circonstances, déclarés responsables et condamnés. D'autres fois, mais plus rarement, les épileptiques se montrent expansifs, satisfaits, gais, bienveillants. Chez l'un d'eux, cette phase expansive, qui se produisait avant presque chaque crise, réveillait des prétentions matrimoniales des plus singulières; quoique fort laid, il devenait d'une coquetterie excessive, ne doutant de rien, se montrant d'une témérité, d'autant plus surprenante, qu'elle contrastait avec sa modestie, sa réserve et sa timidité habituelles.

L'aura, phénomène prémonitoire encore plus tranché, variable pour l'ensemble des épileptiques, offre au contraire, chez le même sujet, une constance remarquable ; la forme, le siège, la marche sont, en effet, identiques pour le même individu dans ses attaques successives, si bien que l'apparition de celle-ci annonce l'apparition de la crise.

Ce phénomène particulier, cette manifestation nerveuse consiste en un trouble de la motilité ou de la sensibilité, soit générale, soit spéciale, ou de l'intelligence, et elle est dite, suivant les cas, motrice, sensitive, sensorielle, intellectuelle. Elle revêt, pour chaque individualité, un caractère différent, mais, se présente sous le même aspect, chez le même sujet ; c'est tantôt une sensation d'eau, de froid, de vent, un engourdissement, un chatouillement ; un des malades la comparaît à la douleur produite par une vrille pénétrant dans l'estomac. L'aura peut être, comme l'a depuis longtemps déjà indiqué Delasiauve, céphalique, pharyngienne, thoracique, abdominale, suivant qu'elle affecte la tête, le cou, le thorax, l'abdomen ou les membres. Quelques malades, prévenus ainsi de l'attaque, peuvent la faire avorter en liant brusquement le membre qui en est le siège, et, comme le rapporte Tissot, certains épileptiques, munis d'un tourniquet, ont pu enrayer de la sorte leurs crises, jusqu'au jour où ils se sont laissés surprendre, négligeant de serrer l'appareil au moment de l'aura.

L'aura sensorielle peut affecter la vue, le goût, l'odorat, l'ouïe. Un militaire, blessé à la tête pendant la campagne du Mexique, voyait, au début de ses attaques, les objets sautiller ; les hommes, les arbres prenaient des dimensions gigantesques , une trace de sang se montrait sur sa main gauche ; il apercevait deux yeux qui s'avançaient en grandissant, se rapprochant de plus en plus, et, au moment où ils allaient l'envahir, il tombait perdant connaissance. D'autres se plai-

gnent d'un brouillard rouge ou bleu, ils se voient environnés de flammes. Un homme était prévenu par un goût de sang à la bouche, et, chose singulière, son frère, également épileptique, présentait la même aura. Un enfant crachai comme pour expulser un corps étranger, et sa mère avait ainsi le temps de le protéger dans sa chute.

Certains malades se bouchent le nez, croyant sentir une puanteur extrême ; d'autres ont des bourdonnements d'oreilles, un sifflement, entendent des cloches, parfois même des injures et des menaces. Une jeune fille entend souvent, avant l'attaque, la voix de son père qu'elle a perdu depuis longtemps. Un homme, au milieu d'une discussion, se lève, écoute, interpelle tout à coup un ennemi imaginaire, se lance vers une porte et tombe aussitôt. Chaque attaque est précédée de cette scène, dont le malade n'a pas conscience. Néanmoins, il frapperait toute personne et renverserait tout obstacle qui s'opposerait à sa course. L'aura intellectuelle rappelle ordinairement le souvenir agréable ou pénible, soit d'un évènement important de la vie, soit d'une personne.

Dans toutes ces circonstances, l'épileptique intervient de la façon la plus active. Si, le plus souvent, le malade conserve le souvenir de ces accidents, comme un halluciné ordinaire, d'autres fois, au contraire, comme nous l'avons vu, il n'en est rien, et le délire précurseur de l'attaque affecte, de la sorte, le caractère le plus important du délire consécutif, l'inconscience.

Parfois, l'attaque avorte et l'aura reste le seul phénomène paroxystique de l'épilepsie.

Ces données peuvent servir à expliquer certains faits curieux d'illusions et d'allucinations qui se perpétuent avec les mêmes caractères chez les mêmes individus.

Au point de vue de la physiologie pathologique, l'étude de l'aura, de ce symptôme précurseur qui prend pour lieu d'élec-

tion, tantôt la motilité, tantôt la sensibilité générale ou spéciale, tantôt l'intelligence, est des plus intéressante et peut, dans la recherche des localisations cérébrales, fournir de précieux renseignements. Chez quelques sujets, en effet, pendant de longues années, le même phénomène, souvent simple, isolé, se reproduit avec une uniformité parfaite, signalant ainsi à l'investigation de l'anatomo-pathologiste une région sur laquelle s'exerce une action pathologique constante. Le *stimulus* épileptique, chez nos malades, frappe les différentes régions de la couche corticale, comme le fait l'excitation électrique dirigée par la main du physiologiste. Je puis, à cette occasion, vous montrer un homme dont l'histoire pathologique est des plus intéressantes.

H... Joseph, journalier, 35 ans, d'une intelligence moyenne, sachant lire et écrire, d'une bonne santé habituelle, est le troisième enfant d'une nombreuse famille. Trois de ses frères sont morts en bas âge, d'affections diverses mais non nerveuses ; quatre sœurs et deux frères sont vigoureux et bien portants; le père et la mère sont valides, jouissent d'une excellente santé et travaillent encore. Tels sont les antécédents de H... qui n'offre, on le voit, aucune prédisposition maladive, lorsqu'il reçoit, dans les premiers jours de février 1862, un coup de pied de cheval à la face postérieure du talon gauche; la plaie contuse se cicatrise complètement en quelques jours; dans le courant du mois de mars, le malade éprouve, à plusieurs reprises, une sensation de froid qui, partant du talon blessé, de la cicatrice, s'étend jusqu'au mollet en s'accompagnant d'une crampe. Ces accidents, très passagers d'ailleurs, n'attirent pas l'attention de H..., lorsque le 11 avril suivant, la sensation de froid, qu'il compare à une couche d'eau glissant entre cuir et chair, remonte du talon au mollet, est suivie d'une forte crampe, et de secousses qui

gagnent la cuisse et le bras du même côté, puis le malade perd connaissance, tombe, se mord la langue, laisse échapper les urines ; un instant après il se relève, courbaturé, tout hébété, n'ayant aucun souvenir de ce qui s'est passé depuis sa chute, et fort étonné de ce qu'on lui raconte sur sa crise convulsive.

Le 4 mai, il survient une deuxième attaque avec perte de connaissance. A partir de ce moment, les crises, tantôt complètes avec pertes de connaissance, tantôt incomplètes et occupant un ou plusieurs membres, reviennent irrégulièrement toutes les deux ou trois semaines. Le malade est prévenu vingt-quatre heures et quelquefois même quarante-huit heures avant l'attaque, par l'aura à sensation d'eau froide qui part de la cicatrice. Parfois, cependant, l'aura est promptement suivie de crampes et de secousses du mollet, de la cuisse, et si par la marche ou la course, si en tapant du pied le sol, en serrant fortement ou en liant fortement le membre, H... ne parvient pas à suspendre la marche progressive des secousses vers le bras, le cou et la face, il est forcé de s'arrêter, il tombe, les convulsions se généralisent et, comme dans les premières attaques, il y a perte de connaissance, morsure de la langue et évacuations alvines. L'attaque finie, il se relève, accablé et hébété. Quelquefois, lorsqu'il cherche, par la marche ou la course, à conjurer la crise, la jambe gauche, fortement contractée, se détend brusquement comme un ressort et le lance en avant. Parfois, encore, les convulsions se généralisent sans que l'intelligence soit compromise; dans ce cas, le phénomène initial est toujours l'aura du talon gauche, suivie de la roideur et du tremblement de la jambe, de la cuisse, du bras, puis il survient une sensation de constriction à la gorge, une gêne pénible de la respiration, puis, enfin, le bras et la jambe du côté droit sont pris de convulsions toniques et cloniques et l'attaque cesse sans

perte de connaissance. C'est là une attaque spinale analogue à celles que l'on obtient chez les animaux, après la section du bulbe, avec les substances épileptisantes.

Deux ans après le début des accidents, un médecin a appliqué sans succès un cautère au niveau de la cicatrice ; les attaques ont continué à se produire sans nulle modification.

Depuis le 2 octobre 1873, H... vient assidûment aux consultations gratuites de l'Asile Sainte-Anne, et je lui ai donné, pendant deux ans, 5, 6 et jusqu'à 8 grammes de bromure de potassium par jour. Sous l'influence de ce traitement, une amélioration s'est produite, les attaques complètes avec perte de connaissance sont devenues plus rares, mais les attaques incomplétes ont persisté presque aussi fréquentes. En 1875, le bromure de potassium a été associé au bromure de sodium, et le malade prenait jusqn'à 10 grammes de ce mélange par jour ; une légère amélioration a été ainsi obtenue, mais les attaques reparaissent toujours. La dernière crise avec perte de connaissance remonte au mois de septembre dernier ; et il y a un mois une autre attaque s'est montrée assez forte mais sans perte de connaissance. Quant à l'aura partant du talon gauche, suivie ou non de crampe du mollet, elle se montre encore assez fréquemment.

La cicatrice siège à la partie externe et supérieure de la face postérieure du talon gauche et recouvre en dehors une petite saillie dure qui parait dépendre du calcanéum. La peau, au niveau de la cicatrice et dans l'étendue d'une pièce de deux francs, offre une légère hyperesthésie : le toucher, le chatouillement, une piqûre y sont plus vivemeut sentis que dans les autres régions, il en est de même du froid et du chaud ; la sensibilité est exagérée, mais elle n'offre pas de perversion. On peut, malgré l'hyperesthésie, malaxer, presser la cicatrice assez fortement sans déterminer de douleur bien vive, sans provoquer non plus d'aura ni de crampes

En face de l'insuffisance du traitement médical qui n'a donné qu'une amélioration relative, il faut, je crois, recourir à l'intervention chirurgicale, et une névrotomie paraît ici puiser son indication, non seulement dans l'absence de toute prédisposition morbide avant l'accident, mais encore dans la constante apparition de l'aura périphérique, comme phénomène initial, soit des attaques limitées, ou généralisées sans trouble intellectuel, soit de grandes attaques avec perte de connaissance.

Nous avons encore, en ce moment, dans le service, une femme qui présente, comme vous allez pouvoir vous en convaincre, une aura sensorielle limitée à l'ouïe, et dont je vous prie de vouloir bien vous rappeler l'observation un peu plus tard, quand nous parlerons des troubles consécutifs aux attaques.

J... Annette, domestique, trente-cinq ans, entre dans le service le 20 janvier pour un accès maniaque, dont le début remontait à la veille. Elle était loquace, tenait des propos incohérents, poussait des cris, se montrait hallucinée, effrayée, et il était absolument impossible de fixer son attention.

Le 22, à la visite du matin, elle est calme, répond aux questions, ne se rappelle rien de ce qui vient de se passer et parait toute surprise de se trouver ici ; elle raconte que, depuis longtemps déjà, elle a des crises de nerfs s'accompagnant de perte de connaissance ; on lui a dit que, dans cet état, elle tombait à terre et se débattait. Il lui est arrivé, à plusieurs reprises, en faisant son lit le matin, de s'apercevoir qu'il était mouillé. Elle sait, qu'il y a deux ans, après une attaque, elle s'était retrouvée chez une marchande de fruits où elle avait bouleversé tout l'étalage. Une autre fois, il y a cinq mois, elle avait mis à sac la devanture d'un marchand de chaussures après avoir déposé son porte-monnaie sur le comptoir.

On lui a raconté, après coup, ces faits dont elle ne se souvient nullement. Elle porte à la main droite la cicatrice d'une brûlure dont il lui est impossible d'indiquer la provenance. Ses crises sont souvent nocturnes; elle en est prévenue parfois, une heure à l'avance, par le souvenir de la famille, des bourdonnements dans la tête, et, au moment même de l'attaque, par la *voix de son père qui l'appelle.* Ces prodromes ne manquent jamais. Il serait donc facile à une personne intelligente qui la surveillerait d'éviter les accidents, en prenant certaines précautions.

Il y a dans ce cas intéressant deux choses à noter: d'abord l'aura sensorielle, manifestée très nettement par une hallucination de l'ouïe, et ensuite la disposition mentale particulière qui suit les attaques. Annette voit aussi, parfois, *un brouillard* qui passe devant ses yeux. Elle se trouve en ce moment, très améliorée, parce que ses attaques se limitent à ce simple phénomène, accompagné de la voix de son père, sans que l'attaque convulsive suive cette aura.

L'aura intellectuelle, qui est relativement rare, rappelle un fait passé, un acte important de la vie, ayant souvent pour objet le souvenir d'un événement survenu dans l'enfance, ou celui d'une personne aimée, morte dans la plupart des cas.

Quelle que soit sa forme, l'aura est habituellement suivie de l'attaque ou du vertige, de l'absence, même du délire spécial d'emblée dont nous parlions plus haut et qu'on rencontre dans l'épilepsie larvée.

DEUXIÈME LEÇON

Attaques; Vertiges; Épilepsie larvée. Physiologie pathologique.

Sommaire. — Description de l'attaque : période tonique, période clonique.
Etat du fond de l'œil et mécanisme de la mort pendant l'attaque.
Etude comparative de l'attaque provoquée chez l'animal et de l'attaque spontanée chez l'homme; analogie des graphiques obtenus dans les deux cas.
Vertige : Troubles intellectuels prédominants ; la sphère motrice est peu affectée.
Absence : Perte de connaissance; nul trouble moteur.
Epilepsie larvée : Délire d'emblée; hallucinations d'un ou de plusieurs sens et de la sensibilité générale.
La prédominance de chacune des manifestations de l'épilepsie est en rapport direct avec le siège prédominant de la *décharge*. L'expérimentation physiologique prouve le même fait.
La période épileptoïde de l'hystérie est comparable à l'attaque épileptique.

Messieurs,

Au moment de l'attaque, l'épileptique pâlit, pousse un cri, perd connaissance et tombe. Cette chute inconsciente se produit soit à terre, soit dans l'eau, dans le feu, sur un instrument piquant, tranchant, en un mot, partout où l'épileptique se trouve. Ses traits se contractent, la tête tourne légèrement en s'inclinant du côté opposé à la face, les mâchoires se resserrent, les pupilles se dilatent, les yeux se portent en haut, les membres se raidissent, un jet d'urine s'échappe, des gaz et des matières sont brusquement expulsés. Cette série de phénomènes constitue la période tonique.

Puis, au bout de trois ou quatre secondes, la figure devient grimaçante, les mâchoires s'entrechoquent et la langue, projetée entre les arcades dentaires, est profondément mordue; une salive spumeuse, sanguinolente recouvre les lèvres et s'écoule au coin de la commissure ; les mouvements convulsifs, en général plus accusés d'un côté, s'emparent en même temps des membres, le malade se débat, la face, qui était pâle, commence à s'injecter, devient violacée ; les sphincters se relâchent et laissent écouler l'urine et les matières fécales par un mécanisme autre que précédemment, la respiration est bruyante, ronflante, stertoreuse et s'apaise insensiblement. C'est là la période clonique.

Puis, tout s'arrête progressivement. L'individu, encore hébété, soulève la tête, regarde autour de lui, frotte ou secoue ses vêtements d'une façon automatique, se montre complètement étranger à ce qui vient de se passer et ne s'en douterait nullement s'il ne se voyait à terre, si ses vêtements n'étaient souillés de boue ou de poussière, si la lassitude qu'il éprouve ou les soins dont il est l'objet de la part des personnes qui le relèvent ne témoignaient de l'accident qui vient de le frapper.

La pâleur du visage, au début de l'attaque, n'implique nullement, comme le pensent certains auteurs, l'anémie du cerveau ; elle n'est que l'effet produit par l'excitation des nerfs vaso-moteurs de la face ; les capillaires du cerveau, loin d'être contractés, subissent au contraire une violente dilatation, comme le prouve du reste l'examen du fond de l'œil à l'ophtalmoscope, possible chez certains épileptiques.

Une malade en état de mal, que j'ai pu observer au début des attaques, m'a montré de la manière la plus nette une congestion active du fond de l'œil. A chaque attaque, le sang était poussé brusquement, comme par un coup de piston, dans les vaisseaux de la rétine, qui prenaient à ce moment une teinte

caractéristique. La pupille, cachée derrière la paupière supérieure, par suite de la déviation des yeux, rend cet examen assez délicat. Mon interne, M. Briand, a pu cependant être témoin plusieurs fois du même fait chez une petite fille que quelques-uns d'entre vous ont vue l'an dernier, et qui, à certains jours, présentait quatre ou cinq vertiges par heure, accompagnés de secousses de la face. La poussée congestive était si intense chez elle, qu'il s'était produit des petites varicosités qu'on ne pouvait apprécier facilement qu'à l'instant précis des attaques, pendant la turgescence des vaisseaux. Du reste, pour avoir une certitude plus complète de ce phénomène, mettant à profit la propriété que possède l'essence d'absinthe de provoquer d'emblée une attaque épileptique, j'ai fait sur les chiens une série d'expériences qui confirment absolument ce que nous avons observé chez nos deux malades (1).

Sans vouloir assimiler l'épilepsie absinthique à l'épilepsie ordinaire, on ne peut néanmoins s'empêcher de reconnaître, dans les deux cas, une analogie parfaite entre les attaques convulsives. On trouve toujours, en effet, comme principaux caractères : la perte de connaissance, les convulsions toniques suivies de convulsions cloniques, les évacuations involontaires, la morsure de la langue, le stertor, l'hébétude, quelquefois même du délire. Des symptômes communs, aussi nettement accusés, permettent de supposer dans les centres nerveux des modifications fort analogues.

J'ai pu me rendre compte, au moyen de fenêtres pratiquées au crâne chez des chiens auxquels j'injectais ensuite de l'essence d'absinthe, que le premier stade de l'attaque ainsi provoquée, qui correspond à la raideur tonique des muscles et à la perte de connaissance, s'accompagnait toujours instantanément de congestions intenses de l'encéphale.

(1) Magnan. — *Recherches sur les centres nerveux*, p. 101 et suiv.

Le cri des malades en tombant à terre n'est pas, comme on pourrait le croire, l'expression d'un sentiment et ne doit pas être confondu avec l'exclamation que poussent certains épileptiques, comme, par exemple, une femme que nous examinerons ensemble tout à l'heure, et qui appelle « maman » une seconde avant de perdre connaissance. Il est intéressant de noter à ce sujet que son fils, également épileptique, présente la même aura. Le cri, à proprement parler, est inconscient ; il est le résultat de l'expiration longue et convulsive qui chasse l'air de la cavité thoracique au travers de la glotte, fermée spasmodiquement.

Il n'est pas sans importance de signaler le mécanisme qui tourne la tête du côté opposé à la face ; cette attitude est due à la contraction prédominante des muscles sterno-cléido-mastoïdiens ; les simulateurs, ordinairement mauvais anatomistes, ignorant l'action de ce muscle, inclinent toujours la tête et tournent la face du même côté. Laissez-moi vous rappeler, à ce sujet, l'histoire que rapporte Trousseau (1). Esquirol pensait qu'un médecin expérimenté ne pouvait pas être dupe d'une simulation d'épilepsie ; il y fut cependant trompé, et voici dans quelles circonstances : « Un jour, dit Trousseau, après sa visite dans la maison de Charenton, nous nous entretenions de ce sujet avec M. Calmeil et lui. Tout à coup, M. Calmeil tombe sur le tapis en de violentes convulsions ; Esquirol, après un instant d'examen, se tourne de mon côté et me dit : Le pauvre garçon, il est épileptique ! A peine avait-il achevé sa phrase, que Calmeil était debout, lui demandant s'il croyait encore qu'il fût impossible de simuler l'épilepsie. » — Nous avons eu, à plusieurs reprises, dans le service, un malade bien connu de certains d'entre vous,

(1) *Clniique médicale de l'Hôtel-Dieu*, t. II, p. 90.

qui simulait, à s'y méprendre, l'épilepsie ; ce qu'il y a de plus curieux dans son observation, c'est que ce malade était réellement épileptique et ne s'en doutait nullement. Or, à chacune des attaques simulées, il ne manquait jamais de pencher la tête du même côté qu'il tournait la face.

Comme il est facile de le comprendre, le cœur ne reste pas indifférent au milieu de ce cortège de manifestations pathologiques, son action sur la tension artérielle m'a permis, au moyen du kymographion de Ludwig et du polygraphe de Marey, de me rendre un compte exact des modifications circulatoires qui se présentent alors.

Je fais passer sous vos yeux deux tracés (Pl. I et II) qui vous feront voir que, pendant le stade tonique, il y a élévation de la tension artérielle concordant avec une fréquence plus grande des battements du cœur ; puis, pendant le stade clonique, quand apparaissent les grands mouvements des membres, il y a un ralentissement des battements, tellement considérable, qu'une révolution cardiaque, systole et diastole, s'accomplit dans un temps de six à huit fois plus long qu'à l'état normal. Puis, à la fin de l'attaque, le pouls prend son rythme habituel, toutefois avec un peu plus de fréquence et de force pendant quelques minutes, comme il arrive chez un individu bien portant qui vient de se livrer à un exercice violent.

Sur un chien griffon âgé d'un an (1), du poids de 13 kilogrammes, une injection de 20 centigrammes d'essence d'absinthe dans la veine fémorale droite provoque une attaque au bout de dix minutes ; un tube rempli d'une solution de bicarbonate de soude pour empêcher la coagulation du sang, adapté à la carotide droite, est mis en rapport avec un manomètre et l'un des leviers inscripteurs ; celui-ci enregistre ainsi la tension carotidienne et les pulsations ou les battements cardia-

(1) Magnan. — Communication faite à la *Société de Biologie*, le 14 avril 1877.

ques dont elles sont la représentation. Le second levier, en communication sous la patte postérieure gauche restée libre, inscrit tous les mouvements convulsifs avec leurs caractères particuliers. Les deux leviers entrent en jeu simultanément et traduisent fidèlement, aux différents temps de l'attaque, les désordres circulatoires et les troubles de la motilité. L'examen des deux tracés (Pl. I) permet de suivre parallèlement la marche de ces deux ordres de phénomènes. Tout d'abord, pendant la période tonique qui, dans cette expérience, dure dix secondes, on voit, sur la ligne B, la tension carotidienne faire équilibre à une colonne mercurielle qui, de 14, s'élève à 17 centimètres. En même temps, les battements cardiaques deviennent plus fréquents, les ondulations sont plus courtes, plus basses et indiquent un certain état de tétanisation du cœur dont les mouvements systoliques et diastoliques sont devenus plus rapides et plus courts, le cœur restant en partie contracté pendant toute la période tonique.

L'autre ligne A, placée parallèlement au-dessus, donne simultanément, pendant cette première période, la contraction tétanique des muscles de la vie de relation ; les mouvements sont si nombreux et si rapides que la ligne finement dentelée paraît droite ; les secousses musculaires s'agrandissent, s'allongent peu à peu et les convulsions deviennent cloniques ; le tracé offre alors des lignes saillantes, perpendiculaires, de plus en plus étendues, comme, d'ailleurs, les convulsions cloniques, jusqu'à la fin de cette période.

La durée de la période clonique est d'environ 30 secondes celle-ci est suivie du repos complet, de la résolution de tout le corps, que le tracé indique par une ligne droite régulière. Pendant la période clonique, on voit, sur la ligne B, la pression carotidienne s'abaisser; de 17, elle descend à 7 centi-

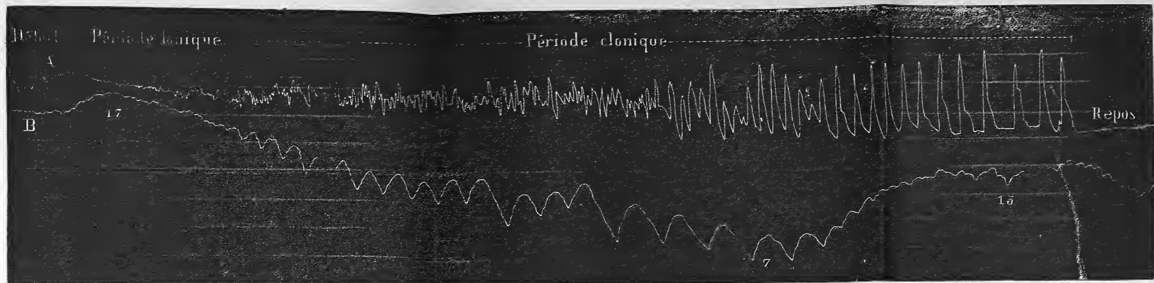


Planche 1. — Epilepsie absinthique chez le chien. Tracés obtenus à l'aide du tambour enregistreur de Marey.
A. Mouvements convulsifs de la patte postérieure gauche. — B. Tension artérielle aux différentes périodes de l'attaque.

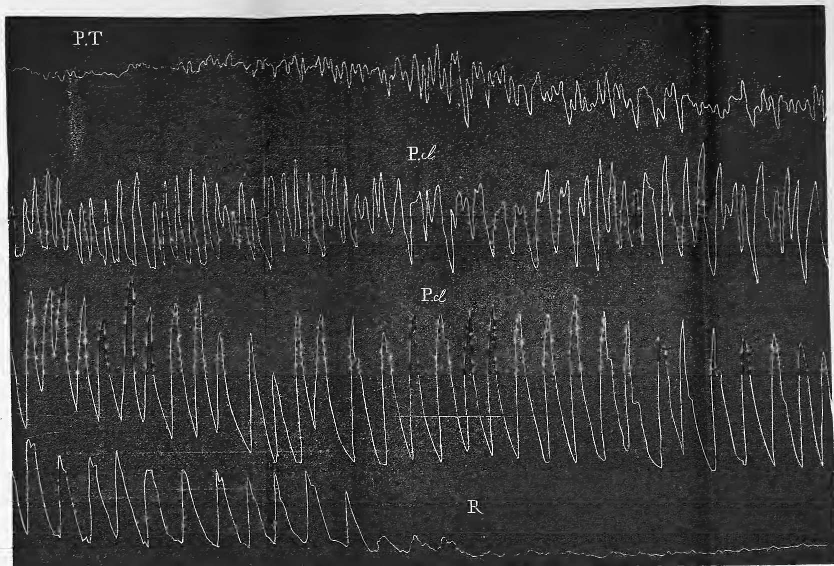


Planche 2. — Attaque d'épilepsie chez un garçon de 16 ans. — Tracé obtenu par M. Briand à l'aide du myographe à transmission de Marey appliqué sur le muscle sterno-cleido-mastoïdien.
P. T., Période tonique ; — P. C. Période clonique ; — R. Repos. — Chacune des trois dernières courbes est la continuation de la courbe placée immédiatement au dessus.

mètres; puis, elle se relève de nouveau pour atteindre 15, et redescendre à 14, qui équivaut à la pression normale. En outre de la pression, le tracé donne, sur l'état du cœur, des indications pleines d'intérêt, analogues à celles déjà obtenues avec le kimographion de Ludwig (1), c'est-à-dire que les battements se ralentissent au point d'accomplir une révolution cardiaque dans un espace sept ou huit fois plus long qu'à l'état normal; puis, le cœur reprend son rythme ordinaire, et le tracé présente les grandes courbes isochrones avec la respiration, et les petites ondulations qui répondent au pouls.

Il résulte donc de ces expériences que, pendant la période tonique de l'attaque d'épilepsie, la tension artérielle s'élève et le cœur semi-tétanisé bat avec plus de fréqnence ; à la période clonique, au contraire, les battements cardiaques se ralentissent; la systole et la diastole s'accomplissent avec une lenteur extrême, pour reprendre plus tard leur rhythme normal. Ces deux états opposés du cœur à la période tonique et à la période clonique font concevoir deux mécanismes différents de mort par le cœur : à la période tonique, c'est le tétanos du cœur qui suspend la circulation ; dans la seconde période, c'est la syncope qui produit le même résultat ; et, suivant que le sujet est mort à la première ou à la seconde période, on trouve à l'autopsie le cœur en systole complète, vide de sang et comme tétanisé, ou bien, au contraire, en diastole et gorgé de caillots.

Dans l'attaque d'épilepsie ordinaire, les mouvements convulsifs sont absolument semblables à ceux de l'attaque provoquée par l'essence d'absinthe; néanmoins, comme cette assertion pourrait être combattue, je suis heureux de vous montrer

(1) Magnan. — *Loc. cit.*

à cette occasion un autre tracé obtenu par M. le Dr Briant sur un épileptique âgé de 16 ans (Pl. II).

Le tambour récepteur du myographe de M. Marey a été appliqué sur le muscle sterno-cléido-mastoïdien. En comparant ces deux tracés, vous verrez que la courbe est absolument semblable dans les deux cas. Cette dernière figure vous prouve également que les secousses ne sont pas limitées aux membres, mais intéressent tout aussi bien les autres muscles. Chez l'homme comme chez le chien, pendant la période tonique, les mouvements sont très rapides et n'offrent que peu d'amplitude, tandis qu'au contraire, dans la période suivante, les oscillations deviennent de moins en moins fréquentes et de plus en plus grandes pour décroître ensuite graduellement et cesser enfin tout à coup. Les flexuosités qui se montrent à la fin de la courbe sont dues aux battements carotidiens, transmis à l'appareil enregistreur par le sterno-cléido-mastoïdien.

Je vous ai dit, dans la description de l'attaque, que les membres se raidissaient presque toujours inégalement, c'est-à-dire avec prédominance soit dans un membre, soit dans un des côtés du corps, et l'on peut prédire à l'avance que, pendant la période clonique de la même attaque, il y aura prédominance des mouvements convulsifs dans le même côté. On comprendra d'ailleurs qu'il ne puisse guère en être autrement : n'avons-nous pas vu, en effet, dans la description de l'aura, que ce phénomène se manifestait habituellement en un point localisé du cerveau ? De même, au début de l'attaque proprement dite, la totalité de la région motrice n'est pas affectée : certains points sont plus excités que d'autres, et cette excitation, plus grande, doit forcément se manifester par une prédominance dans les convulsions des membres correspondants. Dans la période épileptoïde de la grande attaque

d'hystérie, les mouvements sont, au contraire, plus uniformément généralisés avec la même énergie des deux côtés.

Il faut remarquer aussi que les évacuations alvines se font par deux mécanismes différents, c'est d'abord la contraction tonique des fibres intrinsèques des organes qui force les matières à sortir de leurs réservoirs musculaires ; à la seconde période, c'est à la suite d'un simple relâchement des orifices qu'elles s'échappent.

La salive spumeuse qu'on voit à la bouche des épileptiques est due à l'agitation des mucosités sanguinolentes par l'air expiré spasmodiquement.

Je ne saurais trop attirer votre attention sur deux signes essentiels qui vous serviront souvent dans le diagnostic de cette terrible affection: la morsure de la langue se traduisant souvent par des taches de sang sur l'oreiller; l'urine que les malades trouvent quelquefois dans leur lit en se réveillant et dont ils ne peuvent s'expliquer la présence.

Comme beaucoup d'épileptiques ignorent absolument leur maladie et n'en conservent aucun souvenir, inconscients qu'ils sont de leurs crises, surtout dans l'épilepsie nocturne, il vous faudra, dans presque tous les cas, avoir recours à la famille ou à l'entourage pour obtenir des renseignements sur les secousses qu'ils auraient pu présenter pendant la nuit et le ronflement qui se manifeste souvent comme phénomène consécutif.

L'attaque est habituellement unique, mais elle peut également se manifester par plusieurs accès subintrants que Trousseau dénomme attaques imbriquées ; dans les cas de ce genre, comme l'ont nettement démontré MM. Charcot et Bourneville, il y a toujours élévation de température. Dans l'hystérie, au contraire, quelle que soit la durée de la crise, la température reste normale. C'est, vous le voyez, un signe important pour le diagnostic différentiel. MM. Charcot et Bourneville distinguent deux

états : l'un convulsif, l'autre méningitique, qui, s'ils durent un certain temps, peuvent se terminer par la mort.

Vertige. — Le vertige est une manifestation fréquente de la névrose qui nous occupe ; quelquefois même il en est la seule manifestation. Le phénomène caractéristique et principal de cet état se réduit à quelques convulsions localisées en une faible portion du corps, le plus ordinairement quelques muscles de la face, avec perte de connaissance. C'est, comme on le voit, une attaque atténuée, qui parfois aussi s'accompagne de l'émission involontaire d'urine. Ses conséquences sont les mêmes que celles de la grande attaque, et malgré l'appareil symptomatique relativement peu compliqué qui lui est propre, il est loin d'avoir le caractère de bénignité qu'on pourrait être tenté de lui attribuer. Les troubles intellectuels, en effet, y sont prédominants ; la sphère motrice n'est que peu affectée ; S'il est assis, le malade ne tombe pas, quelquefois même, s'il est debout, il a le temps de prendre un appui pour prévenir sa chute ; ce qui frappe le plus en lui, à ce moment, c'est l'étonnement qu'il manifeste de la sollicitude qu'on lui montre sans qu'il s'en explique la cause. Il peut aussi, à ce moment, être pris d'un délire spécial sur lequel nous aurons à revenir.

Absence. — Dans l'absence, l'attaque est plus circonscrite encore : elle se réduit à un vertige auquel manquent les troubles de motilité, et se borne à la perte de connaissance. Un individu, au milieu d'un travail quelconque, laisse tout à coup tomber l'objet qu'il tient à la main, suspend son occupation, et, au bout de quelques secondes, la reprend où il l'avait laissée. Voilà l'absence.

Quant au délire épileptique isolé, c'est-à-dire qui n'est précédé d'aucune des manifestations que je viens de décrire, il constitue ce qu'on désigne du nom d'*épilepsie larvée;* les di-

verses localisations de la couche corticale expliquent très bien qu'une décharge, limitée aux lobes frontaux, n'amène qu'un trouble intellectuel, de même qu'elle déterminerait simplement des troubles de la motilité si elle se cantonnait dans les circonvolutions frontales ou pariétales ascendantes, ou encore dans le lobe paracentral, régions qui constituent, vous le savez, la zone motrice.

C'est par un mécanisme analogue que l'excitation électrique de l'écorce cérébrale chez le chien produit, comme vous l'avez vu dans l'expérience que M. François Franck a bien voulu faire sous vos yeux, des secousses dans les pattes correspondantes.

Quand, chez l'homme, la décharge éclate plus en arrière, sur les lobes pariétaux, le pli courbe, le lobe occipital, ou sur les circonvolutions temporales, elle donne lieu à des phénomènes sensoriels : hallucinations du goût, de l'ouïe, de la vue, de l'odorat, ou à des troubles de la sensibilité générale. Il y a là une mine féconde pour l'étude des localisations cérébrales, et, le jour où nos moyens d'investigation nous permettront de retrouver chez l'épileptique une lésion localisée en un point quelconqne de sa substance corticale, nous pourrons affirmer que l'aura dont elle avait été le point de départ donnera exactement le rôle dévolu à cette région.

Vous connaissez maintenant, Messieurs, l'attaque épileptique, cette manifestation si émouvante de la grande névrose convulsive, dont l'invasion brusque vient surprendre le malade dans les conditions les plus inattendues. Comme l'attaque épileptique est absolument indépendante de toute cause extérieure et que, même dans les cas où nous pourrions la produire, nous nous garderions bien de nous y risquer, car elle est loin d'être toujours inoffensive, je tiens maintenant à vous

rendre témoins d'une attaque de grande hystérie, facile à provoquer, sans le moindre danger pour la malade.

Mathilde M... est dans sa vingt-troisième année ; pas d'accidents convulsifs dans la première jeunesse, mais, à l'âge de 12 ans, elle fut prise de danse de Saint-Guy, et, peu après, d'attaqnes d'hystérie, qui augmentèrent graduellement d'intensité et de fréquence. Elle a été traitée plusieurs fois à la Salpêtrière, pour différentes manifestations du même ordre, entre autres, pour se débarrasser d'une contracture des bras consécutive à une attaque. Elle n'avait rien éprouvé depuis 18 mois, lorsque, en octobne 1880, elle dut entrer dans le service pour de l'excitation maniaque qui lui survenait dans l'intervalle des attaques, à ce moment très rapprochées. Elle venait de faire, quelques jours auparavant, un avortement attribué à des emménagogues (absinthe, armoise), mais dont on devrait, en réalité, rechercher la cause dans une syphilis datant de quelques mois. Vous pouvez, encore aujourd'hui, constater l'existence de zones épileptogènes, un peu au-dessous de l'ovaire gauche et au niveau de la dernière dorsale et de la première lombaire. Il est facile de l'endormir par la fixation des yeux et de déterminer chez elle la catalepsie en excitant sa rétine par une lumière vive, telle que la lampe au magnésium. Dans l'état somnambulique, elle offre de l'hyperexcitabilité musculaire, et, dans l'état cataleptique, on peut provoquer chez elle ce phénomène que Braid désigne du nom de *suggestion*.

Vous voyez que la simple pression d'une des zones épileptogènes de cette malade suffit à développer une grande attaque d'hystérie, avec les quatre périodes signalées par M. Charcot, très bien dessinées ; la première (période épileptoïde), nous fournit une ébauche assez complète de l'attaque

épileptique, avec convulsions toniques, convulsions cloniques suivies de stertor et de résolution.

Sans vouloir m'appesantir sur ce singulier bruit de piston de locomotive que présente notre malade, ni sur le sifflet qu'elle fait entendre. comme pour annoncer l'arrivée d'un train, je tiens à attirer votre attention sur les différentes attitudes passionnelles qu'elle prend, attitudes qui sont complètement en rappport avec des hallucinations d'un ou de plusieurs sens. Vous le voyez, le jeu de sa physionomie, pleine d'expression, nous montre très nettement le caractère et la nature de ces hallucinatious, tantôt pénibles, tantôt gaies. C'est en étudiant des phénomènes de ce genre, phénomènes qu'on peut provoquer à volonté, qu'on arrive à s'expliquer la soudaineté des impulsions et des actes dans les formes mentales où prédominent les troubles hallucinatoires. Cet état, si étrange d'automatisme, dans lequel la conscience est entièrement suspendue de même que le souvenir, se rapproche extrêmement de la folie épileptique; la décharge, suivant la théorie de Jackson, paralyse, pendant un certain temps, l'action d'un ou plusieurs des centres nerveux supérieurs, et la suppression de l'action directrice permet alors le développement d'une action automatique plus grande. C'est pourquoi je tenais à vous montrer cette malade. Pour arrêter son attaque, vous voyez qu'il suffit d'une légère pression sur l'ovaire. Nous pourrions, de même, arrêter dans leur marche les différents stades de chaque période, qui se trouvent ainsi subordonnés à une influence extérieure. Je n'ai pas besoin de vous dire qu'on peut presser indéfiniment sur l'ovaire d'une épileptique sans jamais arrêter ni retarder son attaque.

TROISIÈME LEÇON

Responsabilité des épileptiques. Délire. Actes. Impulsions.

Sommaire. — De la responsabilité des épileptiques : Opinion de Zacchias au point de vue du sacerdoce.

Epileptiques sans délire et épileptiques aliénés.

Folie momentanée : Observation d'un épileptique homicide ; délire inconscient. — Observation d'un épileptique délirant chronique ayant des accès de délire paroxystique inconscient.

Epilepsie toxique : Observation d'un accès de délire ambitieux, inconscient survenu chez un buveur d'absinthe.

Actes des épileptiques : Parfois risibles, ils peuvent devenir très graves dans certaines circonstances.

Continuation automatique, après l'*ictus*, d'un acte conscient : Une mère étouffe un enfant sous un matelas ; un mélancolique qui avait projeté un suicide se jette inconsciemment dans la Seine, à la suite d'un vertige.

Répétition des mêmes actes à chacune des attaques.

Le délire épileptique peut prendre les allures d'un phénomène somnambulique : Observation d'un épileptique qui se pend avec les mêmes précautions qu'un mélancolique ordinaire.

Messieurs,

Les troubles inconscients de l'intelligence, rattachés à la maladie qui nous occupe, présentent des degrés infinis, depuis la simple obnubilation de l'esprit, jusqu'au coma le plus profond. Dans tous les cas où un délire se manifestera sous l'influence de l'attaque on du vertige, le sujet ne doit pas encourir la responsabilité de ses actes.

Il y a déjà lontemps qu'on se préoccupe de l'état mental des épileptiques, et quelques auteurs, ne tenant pas compte

des modalités diverses sous lesquelles ils peuvent se présenter établissaient, comme règle générale, l'irresponsabilité de ces malades pendant une période de temps uniforme pour tous. Un auteur romain, Paul Zacchias (*Quæstiones medico-légales Romæ* 1621), qui avait fait de l'épilepsie une étude approfondie, très préoccupé de cette névrose au point de vue des devoirs du sacerdoce, déclarait incapable de dire la messe tout prêtre venant d'avoir une attaque, et admettait l'irresponsabilité de l'épileptique pour les actes commis trois jours avant et trois jours après l'attaque.

Les faits cliniques ne peuvent être ainsi soumis à une mesure fixe : ou bien la phase d'irresponsabilité dépassera les limites extrêmes, ou bien, au contraire, ne durera qu'un temps très court. Toute limite établie d'avance entraînerait nécessairement à des erreurs de jugement.

On a d'ailleurs longuement discuté pour établir la durée exacte de cette irresponsabilité. Une pareille question ne pouvait être résolue par une formule générale ; chaque cas doit être étudié isolément, et, aujourd'hui, je me propose de vous présenter un certain nombre de faits qui vous permettront, en les comparant à ceux que vous pourrez observer, d'apporter plus de précision dans le diagnostic et l'appréciation des actes des épileptiques et de fournir des preuves solides à la médecine légale.

Ce serait une erreur très grave de prendre tous les épileptiques pour des aliénés ; à chaque instant, nous en coudoyons dans le monde, qui, tantôt complets tantôt simples vertigineux, ne présentent dans l'intervalle de leurs attaques aucun désordre mental et gardent toute l'intégrité de leurs facultés intellectuelles, sans avoir même ce caractère difficile, à la fois irritable et obséquieux que présentent beaucoup d'entre eux. Mais, il n'en est pas toujours ainsi, à la vérité ; quelques-uns

présentent immédiatement avant, ou plus souvent immédiatement après leurs attaques, des troubles intellectuels d'un ordre tout à fait spécial, dont je vous ai déjà parlé, et que nous allons maintenant étudier. Ces troubles, tantôt de courte durée, constituent la folie momentanée ; tantôt plus prolongés, sont désignés sous le nom de folie épileptique. Ils se manifestent le plus ordinairement après l'attaque, et il est exceptionnel de les voir la précéder.

Folie momentanée. — Quand il précède l'attaque, le trouble mental prodromique consiste le plus ordinairement en un changement de caractère, avec pesanteur de tête, tristesse, inaptitude au travail, inquiétudes, dépression, pendant lequel le malade profère quelquefois des injures, exerce des violences, ou, au contraire, mais plus rarement, se montre gai, content.

Il faut bien se garder de confondre cet état avec l'aura, bien qu'il s'en rapproche par certains points. Il en diffère par la durée : car l'aura est un phénomène presque instantané ; cet état, au contraire, peut persister plusieurs heures. Les épileptiques présentent, à cette période, une grande irritabilité et peuvent se livrer à des actes de violence dont, dans une certaine mesure, ils apprécient la valeur, sur des personnes contre lesquelles ils nourrissaient des idées de haine et de vengeance. Si le trouble intellectuel dépasse certaines limites, l'acte devient absolument inconscient, et, s'ils frappent dans cet état, ce n'est plus ceux dont ils croient avoir à se plaindre, leurs violences, suscitées par des hallucinations, s'exercent alors contre tout le monde et contre toutes choses, sans aucune distinction.

Le délire qui accompagne l'attaque, peut se produire non seulement avec une grande attaque convulsive mais aussi avec l'absence ou le petit mal, c'est-à-dire le vertige suivi de quelques spasmes musculaires. Il semble même, dans quelques cas, remplacer complètement la crise, soit que

celle-ci, réduite à une absence très atténuée, passe inaperçue, soit qu'elle ne s'accompagne d'aucun phénomène physique extérieur, troubles vaso-moteurs ou autres : la décharge épileptique, dans ce cas, ne frappe que les centres supérieurs, purement psychiques.

Ce délire paroxystique arrivant seul, sans l'appareil ordinaire des phénomènes physiques, constitue l'état désigné sous le nom d'*épilepsie larvée*. Le choc cérébral ainsi limité n'en est pas moins énergique, et le trouble mental est tout aussi intense que dans les cas habituels. D'ailleurs, l'expérience n'a-t-elle pas démontré que le vertige, que l'absence, qui sont les symptômes en apparence les plus bénins, altéraient plus promptement et plus profondément l'intelligence que la grande attaque elle-même ? Quoi qu'il en soit, ce délire est inconscient, il se reproduit toujours de la même manière chez le même sujet, et, à l'inverse de toutes les autres formes d'aliénation mentale, il se développe brusquement et cesse aussi avec la même rapidité.

C'est ce qui a été observé chez un garçon de 18 ans, qui n'a jamais présenté d'attaques convulsives, mais dont quelques troubles intellectuels, revenant d'une façon intermittente, pouvaient faire songer à la nature épileptique des accidents.

Par une nuit d'orage, Philibert se lève, marche dans sa chambre, s'exalte, parle avec emphase, prétend assister à la création. Il ne prête nulle attention aux prières de sa mère qui l'engage à se calmer et à se reposer, et, le matin, à 5 heures, il descend nu-pieds, armé d'un couteau qu'il a pris à la cuisine, il sort dans la rue, marche devant lui et frappe mortellement un malheureux ouvrier qui se trouve sur son passage. Il continue sa route, le couteau ensanglanté à la main, gesticule, prêche, déclame, absolument étranger à tout ce qui l'entoure. — Arrivé à Saint-Anne, il est dans un état d'excitation extrême, son regard est farouche, il se précipite sur

tout le monde, brise tout ce qui lui tombe sous la main. Par moments, il s'arrête, ses yeux deviennent fixes, il redresse la tête et reste en extase. On ne peut obtenir aucune réponse et l'on ne peut fixer son attention. Au bout de six jours, l'accès prend fin, le calme et la lucidité reviennent, mais Philibert ne se souvient absolument de rien.

Cet accès de délire maniaque à début brusque, à chute rapide, avec l'inconscience, les idées mystiques, ne pouvait se rattacher qu'à l'épilepsie, et c'était bien là un accès larvé. Remontant, en effet, dans le passé du malade, on apprenait qu'à plusieurs reprises s'étaient montrés des malaises qui s'accompagnaient d'un trouble mental passager, pendant lequel le malade se livrait à des fugues inconscientes, quittait la maison, errait à l'aventure, et, après une absence parfois de deux jours, rentrait harassé de fatigue, ne pouvant rendre nul compte de ce qu'il venait de faire. A ce moment, très maître de lui, il déplorait cet état étrange qui lui enlevait ainsi, momentanément, la possession de lui-même. Ces accidents n'étaient autres que des vertiges, et probablement l'accès maniaque avait été précédé d'un choc de ce genre.

Ce sont ces états que certains manigraphes ont appelé folie périodique, folie transitoire, folie instantanée. Dans ces cas, je le répète, la décharge se limite aux régions psychiques de l'encéphale et ne donne lieu à aucun trouble moteur. Quelques auteurs, Falret en particulier, pensent qu'il existe des folies transitoires ou instantanées absolument indépendantes du mal comitial ; mais, il est bon d'observer que ces folies deviennent plus rares à mesure qu'on étudie mieux l'épilepsie, et probablement c'est à elle seule qu'on parviendra peu à peu à les rattacher toutes. Quant aux impulsions qui accompagnent ces accès de folie, instantanée, elles peuvent se produire, ainsi que l'a signalé Tardieu, dans l'idiotie, l'alcoolisme, l'hystérie,

chez les femmes enceintes, les nouvelles accouchées, et aussi chez les dégénérés.

Le délire épileptique peut, on le voit, se montrer exceptionnellement avant la crise, ou même la remplacer; cependant, c'est surtout après qu'il apparaît le plus habituellement. Ses manifestations sont toujours des plus graves, et, quelque long que soit le délire, il est toujours inconscient. On ne saurait trop insister sur ce caractère, et les malades que nous allons voir en démontreront bien mieux l'importance que toutes les dissertations qu'on pourrait tenter sur ce sujet.

Voici d'abord un homme, H... Gustave, 32 ans, forgeron, qui vient d'entrer récemment dans le service. Sa mère était épileptique, devenait subitement pâle, perdait connaissance, et présentait de petites secousses dans la face. Un frère est épileptique et est prévenu de ses attaques par un goût de sang qui lui arrive dans la bouche. Le père, qui était ivrogne, est mort infirme à Bicêtre. Un cousin germain maternel, curé, est délirant chronique. Gustave, sous l'influence de cette hérédité complexe, est atteint d'épilepsie et de délire systématique; il a des hallucinations de nature mystique, est en communication avec Dieu, le soleil, la lune et les étoiles, s'occupe d'inventions et d'astrologie, et se plaint de persécutions. G.., comme un vésanique ordinaire, conserve un entier souvenir de ce dernier délire. D'après les renseignements recueillis, il aurait eu une enfance malheureuse, en butte aux mauvais traitements de son père. A huit ans, il a fait une chute dans un escalier, mais nous ne pouvons pas la rattacher sûrement à sa maladie. Il n'en est pas de même d'une autre chute qu'il a faite six ans après dans la Seine : il fut en effet pris d'un vertige pendant qu'il pêchait à la ligne, et, tombant à l'eau, il allait infailliblement périr quand on le retira. Une

fois hors de l'eau, il parut tout surpris de voir ses vêtements mouillés et ne se rappela pas ce qui venait de se passer. Dans sa 21e année, il eut deux attaques nettement constatées dont l'une l'entraîna une fois encore à l'eau. A 24 ans, il fut réformé du service militaire pour épilepsie. Depuis lors, les attaques sont devenues très fréquentes.

Une heure à l'avance, elles s'annonçent par des prodromes toujours les mêmes : le malade devient triste, sombre, taciturne, puis sent un goût âcre de sang dans la bouche et tombe ensuite brusquement à terre en perdant connaissance. Après l'attaque, il reste hébété, il se brosse, se frotte les mains, secoue ses habits, ou bien, au contraire, il est pris, pendant une heure ou deux, d'un véritable accès de délire inconscient. Un jour, par exemple, il casse, en passant dans la rue, le volet d'une boutique, sans en garder le souvenir ; une autre fois, il saisit par le cou une femme qu'il ne connaissait pas, cherche à l'étrangler, et reçoit à cette occasion deux coups de manche à balai du mari qui venait au secours de sa femme. Conduit aussitôt au poste, il reste quelque temps silencieux, hébété, et ne conserve nul souvenir de la scène qui vient de motiver son arrestation. Parfois, après un vertige, il lui arrive de prendre, à pleines mains, le fer qu'il forge et en revenant à lui de demander d'où lui vient la brûlure qu'il ressent.

Dans l'épilepsie acquise, par exemple l'épilepsie absinthique, les choses se passent absolument comme dans l'épilepsie congénitale.

Paul H..., jardinier, âgé de 42 ans, entre à Sainte-Anne pour la sixième fois. Il est fils d'ivrogne et jouissait cependant dans sa première enfance d'une bonne santé habituelle. En 1855, il entre au service militaire, reste 14 ans sous les drapeaux, faisant de nombreux excès d'eau-de-vie et surtout d'ab-

sinthe. Il ignore s'il a eu des crises à cette époque, mais il sait être resté trois mois à l'hôpital pour un tremblement et aussi parce qu'il avait des hallucinations. Libéré du service en 1869, il continue ses excès d'absinthe, et, en 1870, il est pris de sa première attaque. Celles-ci sont fréquentes au début et atteignent le chiffre de 15 dans les 24 heures, un jour qu'il avait fait de nombreuses libations d'absinthe. Elles diminuent bientôt, après un traitement à l'Asile, au point de lui permettre de reprendre du service pendant la guerre. En juillet 1871, il entre à Sainte-Anne pour la deuxième fois à la suite d'attaques qui l'avaient frappé sur la voie publique. Il présentait à ce moment du délire alcoolique dont il se souvient encore du reste, voyait et entendait les Prussiens qui le poursuivaient, se croyait entouré de flammes et se sentait mordu par des rats et des chiens. A trois reprises différentes nous l'avons traité pour les mêmes accidents.

En février 1877, à la suite d'une attaque survenue sur la route de Saint-Denis, d'où il revenait après avoir encore bu beaucoup d'absinthe, il est pris tout d'un coup d'excitation avec idées ambitieuses : il se croyait le comte de Chambord et invectivait les passants qu'il prenait pour ses domestiques. Il fut arrêté et ramené dans le service. A son arrivée, il ne se rappelait absolument aucun des faits qui avaient motivé son arrestation.

Voilà donc un homme devenu épileptique par suite d'excès d'absinthe, qui présente par moments un délire transitoire et inconscient dont il ne conserve nul souvenir, alors qu'il se rappelle parfaitement ses hallucinations liées à l'alcoolisme.

Une récente communication de M. Lancereaux à l'Académie de médecine m'engage à attirer votre attention sur les caractères de ces attaques ; vous verrez qu'elles ne peuvent être confondues avec l'hystérie. H ... est quelquefois prévenu de la crise par des lueurs rouges ou jaunes qui passent

devant ses yeux ; puis il pâlit légèrement, ses bras se raidissent, sa main droite vient se placer dans la gauche, il pousse un cri, s'incline du côté droit et tombe comme une masse de ce même côté, en pleine convulsion tonique, les pouces maintenus dans les mains, la bouche entr'ouverte, les muscles de la face fortement contractés, les yeux portés en haut et à gauche sans dilatation pupillaire, Les convulsions cloniques qui surviennent peu après n'ont qu'une très courte durée, s'accompagnent de cyanose de la face et d'écume aux lèvres ; elles sont bientôt suivies de stertor et d'hébétude pendant une dizaine de minutes. Ces symptômes ne peuvent être rattachés qu'au *morbus sacer*.

Quelques épileptiques ont eu, dans le cours de leur existence, plusieurs accès de folie momentanée liés à leur névrose, qui sont presque passés inaperçus pour l'entourage le plus intime. Les actes bizarres accomplis par les malades sont pris par la famille pour de simples bizarreries de caractère et n'attirent que fort peu son attention, tant qu'il ne sont suivis d'aucun accident.

Une femme, qui vient à la consultation gratuite depuis 1870 et qui doit au traitement qu'elle suit, de pouvoir vivre au dehors malgré sa névrose, a présenté après quelques-unes de ses attaques des périodes délirantes d'une certaine durée sur lesquelles je ne saurais vraiment trop insister : Henriette B... est âgée de 42 ans et n'offre rien de particulier dans ses antécédents héréditaires. Il y a 15 ans, cinq mois après un accident auquel elle attribue sa maladie, elle s'aperçut de son premier vertige, voici comment : Un jour, au milieu d'une conversation, on la voit pâlir, restant immobile sur sa chaise, faire de petits mouvements de déglutition, puis s'écrier : « Où est donc Henri ? » Revenue à elle un instant après, elle est toute surprise de l'écume qu'elle a la bouche et se montre

absolument ignorante de ce qui vient de se produire. Actuellement, on est prévenu de son attaque, environ 24 heures à l'avance, par un changement dans son caractère : elle devient arrogante, méchante, se répand en injures contre sa fille et son mari qu'elle cherche à frapper, tout en se rendant parfaitement compte de cet état, tandis qu'au contraire elle ne conserve nul souvenir de son délire post épileptique.

Une fois, à la suite d'une crise, elle frappe son mari et sort dans la rue ; sa fille la suit ; arrivée devant une gare, après une demi-heure de chemin : « Pourquoi sommes-nous ici ? » demande la malade.

Une autre fois, elle a un vertige dans une boutique de mercerie, se jette sur la marchande qui était enceinte, cherche à l'étrangler et revient ensuite chez elle. Quand on lui apprend ce qui s'est passé, elle affirme ne pas être sortie de sa maison. Plus tard, elle a une attaque au milieu de la rue ; les passants s'arrêtent, s'apitoyant sur son sort : « Que me voulez-vous, dit-elle, je ne suis pas une enfant, je sais me diriger, » puis elle se met à leur lancer des boules de neige. On la conduit chez un herboriste ; un passant lui remet ses gants qu'elle avait perdus : « Si vous attendez après ça pour vivre, vous pouvez les garder, » répond-elle. On lui offre de l'accompagner, elle se retire en disant : « Il n'est pas là, autant vaut-il que je parte, » et au bout de quelques minutes ne garde aucun souvenir de cette conversation. Dernièrement encore, étant sur l'impériale d'un tramway, après un vertige, elle se jette entre les deux chevaux en passant par dessus le conducteur. Relevée immédiatement, elle croit que quelqu'un l'a poussée.

Les actes des épileptiques, dans cette phase de leur maladie, sont parfois simplement risibles, mais ils peuvent aussi, comme nous le verrons plus tard, être suivis de conséquences funestes.

Un jeune vertigineux, que j'ai eu l'occasion d'observer, cherchait à allumer les aiguilles de son réveille-matin ; un autre saisissait une bougie et la croquait à belles dents pour la recracher quelques instants après.

Une cuisinière, après une absence, entassait dans son pot-au-feu des débris d'assiettes, des épluchures de légumes, du savon, une vieille chaussure et différents objets qui lui tombaient sous la main. Un individu entrait dans un magasin, payait ce qu'il achetait, et pris subitement de vertige continuait à déposer sur le comptoir tout l'argent qu'il avait dans sa poche.

Trousseau rapporte l'histoire d'un président de chambre qui, après un vertige en plein tribunal, quittait son fauteuil pour aller uriner dans un coin de la salle, se montrant ensuite très surpris des rires qu'il provoquait et dont il ne pouvait s'expliquer la cause. On trouve à la même source l'histoire d'un archidiacre qui, encensant l'évêque et pris tout à coup de vertige, se met à lui faire des grimaces, au grand étonnement de tous les fidèles.

N..., que je vous montrerai plus tard, se fait arrêter à l'église Saint-Roch, où il s'était déshabillé en criant : « Je veux montrer mon c... » Il affirme quelques instants après n'être jamais entré dans l'église.

Un autre malade, un garçon de banque chargé d'un recouvrement, avait, après un vertige, déchiré et jeté un billet de mille francs et se voyait conséquemment soupçonné de détournement. Fort heureusement pour lui, plusieurs personnes avaient été témoins du fait.

Un nommé B..., après une *absence* dans la rue, arrache la montre du gilet d'un passant et s'éloigne, la jetant dans le ruisseau. On le poursuit, on crie au voleur, on l'arrête ; il revient à lui un instant après, très surpris de se voir entouré de gens qui l'apostrophent, et oppose les dénégations les plus

formelles au sujet de ce qu'il venait de faire ouvertement. Ce même homme rentrait quelquefois chez lui avec des objets dérobés de tous les côtés, et, un jour même, il a apporté à la maison un sac de pommes de terre ; sa mère, qui s'empressait de tout restituer, eut beaucoup de peine à en trouver le propriétaire, car le malade ignorait où il l'avait pris.

A côté de ces actes, il s'en produit parfois d'autres beaucoup plus graves et d'un mécanisme un peu différent : Au milieu de certaines occupations, il peut survenir une *absence* qui n'empêche pas le sujet de continuer automatiquement une action commencée, comme fait le pianiste qui laisse courir ses doigts sur le clavier sans y porter aucune attention, et tout en poursuivant une conversation. Bien des accidents sont alors susceptibles de se produire, car tout contrôle intellectuel a disparu.

C'est ainsi qu'une femme, prise de vertige pendant qu'elle coupait des tartines de pain à ses enfants, continua à accomplir les mêmes mouvements et se fit au bras une blessure profonde avec le couteau (1). Un faucheur aiguisant sa faulx, surpris par un vertige, continuant avec la main droite son mouvement de va et vient, se fait de cruelles blessures. Faut-il ajouter l'histoire d'une femme qui, allumant son fourneau, prend un charbon enflammé et se brûle profondément ?

Cette continuation des actes commencés a quelquefois des conséquences encore plus fâcheuses. Je pourrais multiplier les exemples, mais je me contenterai de vous présenter une malade, la femme P..., amenée dans le service dans des circonstances fort pénibles. Voici son histoire : Son père est mort paralysé et sa mère a été emportée pendant ses couches. Dans

(1) Hughlings Jakson, — *Des troubles intellectuels momentanés qui suivent les accès épileptiques*. In *Revue scientifique*, 19 février 1876.

son enfance, jusqu'à neuf ans, notre malade a eu quelques convulsions ; à 22 ans, elle fut prise, pendant son premier accouchement, d'attaques d'éclampsie ; l'année suivante, elle fit un avortement au quatrième mois et resta six semaines malade, un peu hébétée et mélancolique. A 34 ans, elle eut un accès de mélancolie qui dura six mois ; dans cet intervalle, elle perdit absolument connaissance pendant 24 heures. En 1880, on s'aperçut de vertiges pour la première fois : à deux reprises différentes on l'a trouvée étendue sur le parquet, sans qu'elle ait conservé le souvenir de ces deux attaques ; depuis, elle est triste, se sent impuissante et a même des idées de suicide. Le 17 mai dernier, en faisant sa chambre, elle avait replié son matelas du côté de la tête du lit et avait déposé son enfant sur l'autre moitié restée libre, puis, prise d'un vertige, elle avait rabattu sans y penser le matelas sur l'enfant et l'avait asphyxié. Son petit garçon, âgée de 7 ans, qui se trouvait présent et put ainsi rapporter le fait, se mit aussitôt à crier en appelant les voisins. Ceux-ci, à leur arrivée, trouvèrent la malade debout, immobile au milieu de sa chambre, ne proférant aucune parole : quand on souleva le matelas, l'enfant était mort. Augustine ignore encore aujourd'hui de quelle façon s'est produit cet accident ; elle sait que son enfant n'est plus, mais elle le croit mort depuis son entrée dans le service par suite d'un manque de soins : « Ma santé maladive, dit-elle, m'a empêché de le soigner comme j'aurais voulu le faire. » Elle est assez indifférente à la perte de cet enfant qu'elle élevait au biberon. Aujourd'hui, cette malade est notablement améliorée ; il lui passe cependant encore quelques brouillards devant les yeux, elle conserve le caractère particulier des épileptiques, c'est à-dire qu'elle est parfois irritable à l'excès, parfois au contraire d'une amabilité exagérée.

Dans quelques cas, l'ictus épiléptique n'interrompt pas une

idée ou plutôt une tendance délirante, et, de même que nous avons vu les vertigineux continuer un acte commencé, de même l'épileptique peut poursuivre une idée qui, au moment du vertige, le préoccupe et s'est emparée entièrement de son esprit. Ainsi, un ouvrier bijoutier, âgé de 37 ans, atteint à la fois de délire mélancolique et d'épilepsie, s'était un jour assis sur un banc de la place du Châtelet. Profondément découragé, il avait résolu d'en finir avec la vie, lorsqu'un vertige survenant, il se lève, va droit au pont, enjambe le parapet et tombe dans la Seine. On lui porte secours et l'on parvient assez promptement à le tirer de l'eau. Revenu à lui, il se souvient de s'être assis près de la fontaine, mais il ignore comment il a pu tomber dans la Seine; il ne s'est rendu compte de ce qui se passait qu'au moment où deux hommes s'approchaient, lui tendant une corde pour le sortir de l'eau. Il avait bien l'idée de se tuer, mais il ne se serait, disait-il, jamais jeté à la Seine parce que, sachant nager, il n'aurait pu se noyer.

Quelques vertigineux encore tentent de se suicider sans même avoir jamais eu cette idée précédemment.

L'un d'eux, Edmond P..., âgé de 21 ans, se perce, en novembre 1877, la poitrine de trois coups de tire-point, sous l'influence d'un vertige. En août 1879, se promenant sur la place de la Bastille, tout à coup, au milieu de la foule, sans se préoccuper des gens qui l'entourent, il entr'ouvre sa chemise et se plonge son couteau dans la région précordiale ; porté dans une pharmacie, il revient à lui, et se voyant blessé et couvert de sang, il demande avec étonnement ce qui s'est passé. L'année suivante, il fait encore en public deux tentatives dans les mêmes circonstances. Un autre jour, il frappe un camarade placé à côté de lui. Il ne conserve aucun souvenir de ces différents actes.

N..., François, à la suite de plusieurs vertiges, se préci-

pite vers la fenêtre et son corps est déjà hors de la chambre quand sa femme parvient, en le saisissant par les jambes, à le maintenir ainsi suspendu jusqu'à l'arrivée des voisins. Il ne se souvient de rien. Plus tard N... cherche à se pendre à la fenêtre, une autre fois il se précipite dans la Seine et nie ensuite avoir fait ces tentatives.

Célestine, âgée de 32 ans, atteinte à la fois d'épilepsie et de délire mélancolique, fait plusieurs tentatives de suicide après des vertiges ou des attaques et n'en garde aucun souvenir; vers la même époque, dans un accès mélancolique, elle avale de l'eau de cuivre, une préparation de strychnine et fournit sur ces deux tentatives de suicide indépendantes de l'épilepsie, tous les renseignements que l'on désire.

La femme D..., après une attaque, veut se précipiter par une fenêtre ; une autre fois elle avale des épingles sans s'être jamais souvenue de ces deux accidents.

Une tentative de suicide des plus curieuses dans l'ordre d'idées qui nous occupe est celle accomplie dans les circonstances suivantes. On verra que cet acte, dont la préparation était assez bien combinée, avait toutes les allures d'un phénomène somnambulique.

Voici l'observation : Depuis quelques années, G... Alfred, âgé de 40 ans, voit passer par moments un brouillard devant ses yeux ; il attribue cet état à la fatigue que lui cause sa position d'employé d'octroi et prend à plusieurs reprises un congé de quelques jours pour se reposer. D'après les renseignements fournis par la famille sur ces malaises, il nous a été très facile d'établir que c'étaient de véritables vertiges.

On ne connaît pas les antécédents héréditaires d'Alfred, ce qu'on sait de lui, c'est qu'il prenait beaucoup d'absinthe. Le 4

octobre, il a un accès de délire alcoolique avec hallucinations, frayeurs. Ses camarades, ne le voyant pas arriver pour prendre son service, viennent demander de ses nouvelles et le trouvent barricadé daus sa chambre. Ils frappent, mais n'obtenant pas de réponse, descendent dans la rue pour l'appeler par la fenêtre ; à ce moment, le malade très effrayé les prenant, comme il le dit plus tard, pour des voleurs et des brigands, .eur jette ce qui lui tombe sous la main : vaisselle, pelles, pincettes et matelas. Malgré cette scène, il ne fut pas arrêté. Le 7 octobre, une voisine qui nous rapporta le fait, l'entendant remuer et n'osant sortir de chez elle, regarda à travers le trou de la serrure et aperçut Alfred qui plantait un clou sur le pallier, allait ensuite chercher une corde, se la passait autour du cou et se pendait. La voisine atterrée se mit à crier, appela au secours, les locataires intervinrent et coupèrent aussitôt la corde.

Le soir même, le malade entrait à Sainte-Anne.

A son arrivée, il se souvenait très nettement du siège soutenu contre les voleurs, des cris, des hallucinations auxquels il était en proie, mais niait absolument avoir voulu se pendre. « Je possédais, disait-il, d'assez fortes sommes chez moi et si j'avais pensé à la mort, j'aurais commencé par les dépenser avant de me suicider, et puis du reste, ajoutait-il, comment voulez-vous que je sois assez bête pour me pendre devant la porte quand il eût été si facile de me pendre chez moi. » Comme il portait encore autour du cou le sillon parcheminé caractéristique de la pendaison, et qu'il n'y avait pas à douter de la sincérité des renseignements, G... sans se déconcerter attribuait de très bonne foi cette marque au rasoir de son barbier, qui l'aurait coupé sans qu'il s'en aperçût. Grâce à ses excès alcooliques, il avait même échafaudé toute une histoire sur ce délire : « Ce sont, dit-il, les voleurs et les brigands que j'ai vus chez moi qui cherchent à me faire passer pour un pendu ; ils m'en

veulent parce que je me suis défendu quand ils ont fait le siège de ma chambre. »

J'ajouterai, en terminant, que ce malade présente encore une morsure profonde de la langue; il ne peut l'expliquer, bien qu'il lui soit déjà arrivé de se réveiller le matin avec une blessure semblable. Il urine aussi parfois au lit sans s'en apercevoir. Il a eu du reste de nouvelles attaques dans le service (1).

J'ai choisi à dessein ce dernier fait, parmi beaucoup d'autres, pour vous prouver que la lucidité qui semble présider à l'accomplissement des actes, dans le délire épileptique, peut quelquefois en imposer, à cause des précautions prises par certains malades. Ces faits là ne sont pas communs.

En général, on ne doit pas trop se hâter de rendre à la liberté un épileptique qui, dans ses accès précédents, a commis quelques violences, car il ne faut pas oublier qu'il est susceptible d'en commettre d'autres dans des circonstances analogues. Si, les premières fois, elles n'ont pas eu de conséquences trop fâcheuses, il est rare qu'elles ne finissent pas par avoir de terribles effets. Et cependant nous sommes bien loin de la façon d'agir des mélancoliques ou des persécutés qui, hésitant longtemps devant la tentative de suicide, sont souvent même obligés de boire pour s'exciter, avant d'avoir le courage d'accomplir l'acte qui leur répugne et dont ils ont parfaitement conscience, tandis que, vous l'avez vu, l'épileptique agit tout autrement: A la soudaineté de ses impulsions, se joint toujours l'inconscience et par suite la perte du souvenir.

(1) D'après des renseignements récents, ce malade qui se trouve actuellement dans un autre service, aurait fait, depuis, une nouvelle tentative inconsciente de suicide, dans des conditions semblables, pendant un accès de délire post épileptique. M. B.

QUATRIÈME LEÇON

Responsabilité des épileptiques. Délires. Actes. Impulsions (Suite et fin).

SOMMAIRE. — Folie épileptique : Les grands accès de délire épileptique ne diffèrent de la folie momentanée, que par leur durée.

Observation d'un vertigineux homicide dont le délire inconscient a duré plusieurs jours.

Faut-il séquestrer pendant toute leur vie les épileptiques homicides ? A quel moment doit-on les rendre à la liberté ?

Condamnation d'un épileptique injuriant des magistrats, dans un accès de délire consécutif à une attaque.

Observation d'un malade qui pendant un accès de folie épileptique se croit fils de Dieu et veut immoler sa femme ; lucidité apparente.

Messieurs,

Folie épileptique. — Les grands accès délirants, qui ne diffèrent des accès momentanés que par leur durée et leur plus grande intensité, suivent en général une série d'attaques ; toutefois, ils peuvent se produire après un vertige. Comme nous l'avons vu pour l'épilepsie larvée, les accès se montrent tout aussi violents, que la décharge ait eu lieu sur les centres supérieurs de l'encéphale seulement, ou sur les autres centres moteurs et psychiques à la fois. Ces accès que, selon leur degré d'intensité, Falret appelait petit ou grand mal intellectuel, arrivent tantôt immédiatement après l'attaque, tantôt au bout de quelques heures et peuvent se prolonger quinze jours ou même trois semaines.

Le grand mal se présente sous les dehors de la manie ou de la mélancolie avec délire général et excitation. Habituellement toutefois, le délire est plus suivi, moins incohérent dans le morbus sacer que dans la manie simple ; ce fait est d'autant plus surprenant que l'inconscience est absolue dans le premier cas, tandis que les maniaques se souviennent de la plupart de leur actes. Chez quelques épileptiques, ce délire, d'abord général, tend à se circonscrire. Après un langage incohérent on voit alors se dessiner un délire partiel qui, du reste, peut tout aussi bien se présenter d'emblée. Il est souvent de nature mystique, quelquefois aussi c'est un délire de persécution, un délire ambitieux ; dans quelques cas plus rares, ce sont les idées érotiques qui prédominent ; ou bien encore le malade profère des injures, des menaces, des obscénités et se montre d'une extrême violence.

L'accès débute brusquement et l'on n'observe pas la période d'incubation souvent longue des vésanies ordinaires ; le délire s'accompagne presque toujours d'hallucinations qui sont le point de départ des actes les plus graves.

En général, ces hallucinations arrivent brusquement ; mais, dans quelques cas, leur évolution est un peu plus lente. Ainsi, chez un jeune homme de 22 ans, après trois attaques dans une seule journée, survinrent des hallucinations de la sensibilité générale ; il prétendait se sentir attiré par une force irrésistible vers le haut du lit ; « un fluide, disait-il, s'échappe de ma tête et m'entraîne vers la muraille » ; (d'autres fois la propulsion avait lieu aux pieds, puis c'était autour des mâchoires) ; le lendemain, une quatrième attaque eut lieu et aux troubles de la sensibilité générale s'ajoutèrent des hallucinations de l'ouïe, de la vue, de l'odorat et du goût, des idées de persécution, des frayeurs, de l'agitation et des violences. L'accès dura cinq jours, les hallucinations de la vue restèrent seules.

Nous avons déjà vu pour les accès momentanés qui suivent les attaques, les vertiges ou les absences que, quelle que soit leur intensité, ils offrent toujours les mêmes caractères généraux : il en est de même pour les accès prolongés de folie consécutive aux paroxysmes épileptiques.

La perte de conscience explique le caractère impulsif des mouvements : ils répondent toujours à des hallucinations et c'est presque un phénomène réflexe que l'acte accompli par l'épileptique halluciné. Les centres supérieurs étant annihilés par l'ictus épileptique, les centres corticaux sensoriels provoquent des réactions immédiates, les opérations cérébrales ne suivant plus alors leur marche habituelle, les perceptions n'arrivant pas au centre psychique où s'exercent la réflexion, l'attention, la comparaison, le jugement, où se fait en un mot le contrôle, déterminent des impulsions. La réponse immédiate que provoque l'excitation sensorielle est comparable aux phénomènes réflexes si vivement accusés de la moelle d'un animal, après la section bulbaire, avec cette différence, que les centres intellectuels sont seuls séparés des autres centres corticaux qui agissent sans coordination.

Ces caractères du délire épileptique sont des plus importants au point de vue de la médecine légale, puisqu'ils excluent toute idée de responsabilité. Un épileptique délirant est absolument irresponsable ; il ne perçoit du reste en général les objets qui frappent ses sens qu'autant que ces objets ont un rapport avec ses idées délirantes. Il peut, sous ce rapport, être comparé à un véritable somnambule.

Il ne faudrait pas croire, j'insiste sur ce point, à une relation nécessaire entre une grande attaque et un grand accès de folie épileptique ou entre une petite attaque et un faible délire. Les vertiges peuvent tout aussi bien que l'attaque donner lieu à un grand accès délirant. Qu'il ait été ou non

précédé par une attaque, le délire conduit souvent le malade à se porter à des actes de violence, frappés au coin de l'inconscience la plus absolue. Falret, cependant, pensait que les accès de délire auxquels il avait donné le nom de petit mal intellectuel étaient liés le plus habituellement aux vertiges, ou aux petites attaques nocturnes; les accès de longue folie, au contraire, étant le plus souvent en rapport avec les grandes attaques convulsives. Cette règle offre de nombreuses exceptions et j'ai souvent vu, pour ma part, de simples vertiges, qui pouvaient passer inaperçus par leur rapidité, être suivis d'un délire se traduisant par des actes d'une extrême violence, (tentatives d'homicide, homicide), délire qui, par sa longue durée, contrastait d'une façon frappante avec le vertige initial.

L'histoire d'un malade que nous allons voir va vous éclairer complètement sur ce point.

Dans la nuit du 26 juillet, un grand bruit, des cris, des chants se font entendre dans une soupente occupée par deux jeunes gens employés dans une crémerie; une bonne qui couchait à côté s'empresse d'accourir, et, à travers la porte, elle voit l'un des garçons, Auguste P..., âgé de 17 ans, armé d'un pilon, frappant à coups redoublés sur la tête de son camarade qui expirait en quelques minutes. Elle veut avancer, mais menacée à son tour, elle s'enfuit en appelant au secours. On arrive et l'on trouve le meurtrier en chemise déclamant, gesticulant à côté de sa victime ; on s'empare de lui, il continue à psalmodier, à répéter des chants d'Eglise, donnant une terminaison latine à des mots qui se succédaient sans la moindre cohérence. Il entre à Sainte-Anne le surlendemain et reste dix jours en proie à un état maniaque; il est loquace, incohérent, crie, chante, siffle. A de vives interpellations, il s'arrête, répond parfois des mots sensés, mais ne tarde pas à reprendre son excitation première. La forme particulière de

son délire me fit de suite penser à l'épilepsie et le malade fut, dès l'arrivée, soumis au traitement bromuré à la dose de 8, 10 et 12 grammes par jour. Il prenait le médicament sans trop de difficulté malgré son extrême excitation.

De vives frayeurs le tourmentaient par intervalles, on l'entendait pleurer, puis déclamer d'un ton sentencieux, comme au sermon, les mots suivants : *Misericordia regnus Deus Salvator meus et dignos meos* ; il resta ainsi très excité jour et nuit et sans prendre aucun sommeil pendant 120 heures. Ce n'est qu'au bout du cinquième jour que le sommeil lui revint progressivement et quand, après deux semaines, il fut possible de fixer son attention et d'obtenir de lui des réponses précises, je pus me convaincre qu'il n'avait conservé aucun souvenir de ce qui s'était passé, et que son étonnement était bien naturel et légitime, quand il nous demandait pourquoi on l'avait conduit ici.

L'accès disparut assez brusquement et fut remplacé pendant quelques jours par de la lassitude ; Auguste avait la tête lourde, se plaignait d'être courbaturé, comme à la sortie d'un rêve pénible. Il se croyait arrivé de la veille seulement, demandait le motif de sa présence à l'asile, et désirait rentrer chez son patron.

Plus tard, il protesta énergiquement quand on lui apprit qu'il avait maltraité son camarade. Il lui avait, répétait-il en toute occasion, manifesté la plus grande affection et lui avait été souvent utile. Pourquoi l'aurait-il frappé ?

Personne dans la famille ni dans l'entourage ne se doutait que ce garçon fût épileptique et cependant, depuis l'âge de trois ans, il avait des vertiges. La mère, qui nous a fourni elle même les renseignements sur les antécédents héréditaires de son fils, nous apprend qu'elle était autrefois sujette à des migraines. On l'a mariée de force à un homme bizarre, excentrique, méchant, qui l'a rendue très malheureuse.

Plusieurs fois, elle s'est aperçue que, pendant la nuit, son mari avait sans se réveiller des secousses à la suite desquelles il se mettait à ronfler. Il est probable, sans toutefois qu'on puisse l'affirmer, d'après ce seul sympôme, que cet homme était épileptique. Du reste, nous avons un autre élément à faire intervenir dans l'étiologie des accidents que présente le jeune Auguste, et cet élément, nous le trouvons dans les mauvais traitements que M.me P, subissait de la part de sa belle-mère, celle-ci l'ayant frappée brutalement pendant sa grossesse.

Quoi qu'il en soit, à l'âge de trois ans, notre malade étant assis auprès du feu, est tombé tout à coup en perdant connaissance. Sa mère se rappelle aussi qu'à huit ans il est tombé d'un arbre pendant un éblouissement, et s'est fait à la tête une blessure assez grave dont il porte la cicatrice. Elle se souvient encore d'avoir, un matin, trouvé sur l'oreiller de son fils une tache de sang dont Auguste ne put lui expliquer la provenance. A seize ans, portant un fagot dans un grenier. le malade a fait une chute à travers une trappe. Cette chute fut attribuée à un faux pas. Vers la même époque, Auguste est resté une heure sans connaissance, étendu à terre, dans un moulin, et n'a pas davantage pu fournir de renseignements sur cet accident. Peu après, il venait à Paris où il eut sans s'en douter de fréquents vertiges.

Comme je vous l'ai dit, P... était garçon crémier, et son patron l'envoyait porter le lait aux pratiques ; plusieurs fois, dans la rue, il lui est arrivé de se trouver à terre, avec une partie de son lait répandu, sans pouvoir s'expliquer sa chute. « Quand j'avais de l'argent, nous dit-il, de peur que mon patron, me prenant pour un maladroit ne me renvoyât parce que cet accident se renouvelait trop souvent, j'allais chez un autre crémier acheter du lait pour remplacer celui que j'avais répandu ; quand je n'en avais pas, j'ajoutais tout simplement un peu d'eau dans mes boîtes. »

Auguste peut donner l'emploi d'une partie de la journée du 26 juillet, jour où lui est arrivé le malheur qui a motivé son arrestation. Il se souvient très bien être allé prendre un bain froid dans l'après-midi, puis faire une commission, acheter ensuite un fromage qu'il a rapporté chez son patron, vers six heures du soir. Il sait encore qu'il s'est mis à table, mais, à partir de ce moment, ses souvenirs sont confus et il ne donne que des renseignements vagues sur ce qu'il a mangé à son repas. Enfin, arrive l'oubli le plus complet et l'inconscience la plus absolue.

Le patron raconte que, ce soir-là, notre malade a dîné avec son appétit ordinaire, tout en paraissant un peu bizarre, sans que, cependant, personne attachât la moindre importance à cette légère modification du caractère. Il en était déjà à la phase de mauvaise humeur sur laquelle j'ai attiré plus haut votre attention et qui, pour les personnes habituées aux épileptiques, est un indice certain que l'attaque ou les vertiges ne tarderont pas à se manifester. A ce moment les malades réclament la plus grande surveillance si l'on veut éviter les accidents.

Peu après le dîner, Auguste gagna la chambre qu'il occupait en commun avec son camarade, se coucha, et fut ensuite pris de l'accès de folie dont je viens de raconter les terribles conséquences.

Le 11 août, il eut dans le service une attaque convulsive à caractères hystériques avec congestion de la face, dilatation des pupilles, anesthésie. Le 24, il fut frappé sous nos yeux d'un véritable vertige, avec perte de connaissance, chute à terre, vertige, pendant lequel il cassa un vase qu'il tenait à la main. Aujourd'hui, notre malade est complètement guéri de ses accès et parfaitement lucide, comme ont pu s'en convaincre ceux d'entre vous qui suivent régulièrement la visite.

Ainsi donc, nous voilà en présence d'un épileptique qui n'a

jamais eu de très grandes attaques, et qui, cependant, a été pris d'un délire de plusieurs jours de durée, pendant lequel il a commis impulsivement des violences qui ont eu un homicide pour résultat.

Il n'est pas très difficile, dans ce cas, de faire admettre par les juges l'irresponsabilité d'Auguste, parce que les circonstances de l'acte lui sont favorables : en effet, il a tué un camarade avec lequel il vivait en très bonne intelligence, et lui-même était d'un caratère très doux, bienveillant, n'ayant aucun motif de haine contre sa victime qu'il aimait beaucoup, et par conséquent aucune idée de vengeance. Mais les circonstances pouvaient être tout autres.

D'abord P... aurait pu ne pas crier, frapper en silence sans attirer l'attention de personne, bouleverser les meubles, emporter un objet quelconque, une montre, de l'argent, remuer le linge, etc... les actes de ce genre et les vols inconscients ne sont pas rares, (je vous en ai déjà montré quelques exemples et j'en pourrais ajouter). On n'eût pas manqué de penser avoir affaire à un simple voleur, qu'on n'aurait pas cru quand il eut argué de son inconscience. J'en veux pour preuve le fait suivant, arrivé tout récemment :

Un épileptique, passant place du Château-d'eau, est pris de vertige, s'appuie près d'un arbre pour ne pas tomber, puis se jette sur un promeneur, lui administre des coups de poing, lui enlève sa montre, la jette dans le ruisseau, et prend la fuite. Les passants l'arrêtèrent, le prenant pour un pick-pocket qui n'aurait jeté l'objet de son larcin que pour se débarrasser d'une preuve convaincante, et on le conduisit au dépôt de la Préfecture de police. Les circonstances particulières du vol, dont cet individu n'avait nullement besoin pour vivre et la perte absolue du souvenir de cet acte accompli par un homme honorable, jouissant de la meilleure réputation, frappèrent le juge d'instruction chargé de cette affaire, et le malade, car c'était bien un

malade, fut envoyé dans mon service où il eut de nouveaux vertiges, suivis d'un délire de plusieurs jours. Dans cet état il était batailleur, violent, et ramassait inconsciemment ce qui lui tombait sous la main pour le rejeter tout aussitôt.

Ce fait vous démontre une fois de plus que ce n'est pas seulement en puisant des preuves dans un acte incriminé qu'on peut établir l'irresponsabilité d'un aliéné, mais bien en analysant les actes de toute sa vie et en examinant toute l'histoire biopathologique du malade.

Le cas particulier d'Auguste P...., que je viens de vous présenter, soulève une question pratique du plus haut intérêt, que je veux vous signaler. Que doit-on faire d'un malade de ce genre ? — Et, d'une façon générale, faut-il séquestrer perpétuellement les aliénés dangereux et surtout les aliénés homicides ? — S'ils doivent sortir, à quel moment doit-on les rendre à la liberté ?

Beaucoup de médecins, se basant sur le fait de la répétition presque fatale des mêmes actes par l'épileptique, penchent pour la séquestration à perpétuité. Esquirol déclarait que la folie homicide ne guérissait jamais radicalement et était sujette à des rechutes. D'autres, au contraire, veulent laisser sortir ces malades aussitôt après la guérison de l'accès, sans rien préjuger des accès à venir. Je pense, pour ma part, sans vouloir m'étendre sur ce point qui nous entraînerait trop loin, que chaque cas doit être étudié et pesé séparément, mais que rien d'immuable ne saurait régir et trancher la question.

Laissez-moi seulement vous dire que, pour Auguste P...., la difficulté est encore plus grande parce qu'il s'agit d'un malade dont les accès paroxystiques rares diminueront encore de nombre sous l'influence du traitement, et, de plus, pourront

parfaitement ne jamais être suivis de délire. S'il en est ainsi, le malade rentrera dans la catégorie des épileptiques ordinaires, non aliénés, dont il a été question plus haut et devra être rendu à la vie ordinaire. Mais, d'un autre côté, comme il ne faut pas oublier qu'on observe dans le délire épileptique la répétition des mêmes actes et que la simple possibilité d'un nouveau crime doit toujour être envisagée par le médecin, celui-ci hésitera longtemps avant de se décider à signer l'*exeat* du malade.

Il est cependant fort probable qu'Auguste, soit que ces vertiges aient diminué de nombre ou aient en apparence entièrement disparu, finira par être rendu à la liberté (1). Dans cette circonstance, il pourra se marier. Sous l'influence des préoccupations du ménage ou de quelques excès ou même sans aucun motif apparent, il aura un nouvel accès de folie épileptique et commettra un nouveau meurtre; sa femme ou ses enfants seront alors des victimes tout indiquées. Des faits nombreux sont là pour le démontrer.

Ce cas est donc très embarrassant parce que, tant que P..... sera à l'Asile, il peut n'avoir aucune manifestation maladive et être en droit d'exiger sa sortie, puis, une fois au dehors, où il ne continuera plus son traitement, être repris d'un autre accès de folie épileptique.

On avait proposé de mettre ces aliénés *criminels* dans des Asiles spéciaux ; je ne suis pas pour ma part partisan de ces maisons mixtes, moitié prison, moitié asile qui, sans avoir les avantages de l'un, auraient tous les inconvénients de l'autre.

Quelles qu'aient été les conséquences de la folie, les malheureux qui en sont atteints ont tous droit aux mêmes égards,

(1) Aug. P... a en effet été rendu a la liberté quelques jours après son arrivée dans un autre asile où il avait été transféré.

et ce serait limiter l'irresponsabilité des aliénés dits criminels que de les traiter autrement que les autres aliénés. Si la Société a le droit de se protéger contre les actes dangereux que commettent ces malades pendant leur délire, elle a aussi le devoir de leur rendre la vie aussi facile et on peut même dire aussi agréable que le comporte leur séquestration. Ce n'est pas dans ces sortes de prisons qu'ils trouveront la compassion, ni même les bons soins que réclame leur raison égarée.

Qu'on installe dans chaque Asile, si cela est nécessaire, des quartiers présentant moins de moyens d'évasion ; qu'on augmente le personnel chargé de surveiller ces quartiers spéciaux et qu'on y isole les malades criminels, si l'on ne veut les laisser avec les autres malades. Ces précautions seront suffisantes à l'égard des aliénés criminels dont un petit nombre seulement est réellement dangereux.

Heureusement, dans la folie épileptique, les malades n'accomplissent pas toujours des actes aussi graves dans leurs conséquences que ceux accomplis par le sujet dont je viens de vous raconter l'histoire. Cependant, il ont tous certains caractères communs sur lesquels j'ai déjà insisté et dont les deux principaux sont l'inconscience et la soudaineté ; j'ajouterai que, dans tous les cas, le délire cesse comme il commence, c'est-à-dire brusquement.

Souvent, il arrive que des épileptiques, pendant leur folie, fassent de longues routes sans pouvoir, une fois revenus à eux, donner aucun renseignement sur le chemin qu'ils ont suivi ni le motif qui les poussait à le suivre. Ils se retrouvent quelquefois à plusieurs lieues de leur domicile, dans l'impossibilité absolue de se rendre compte de ce qui s'est passé en

eux. Ces faits sont très nombreux et nous pourrions en citer bon nombre : qu'il me suffise d'en rappeler quelques exemples que plusieurs d'entre vous ont pu voir dans le service.

Une malade qui habitait le quartier de la Glacière, prise de délire à la suite d'une attaque, marche toute la nuit dans Paris et c'est à Montmartre qu'elle se retrouve le surlendemain matin en revenant à elle.

Un homme, que nous avons eu, dans le service, à deux reprises différentes, se lève de son lit une nuit, quitte sa chambre et va à Versailles.

Une jeune fille, après chacune de ses attaques, quittait la maison pour se diriger dans les quartiers où rien ne l'attirait.

Un Parisien se retrouve un jour à Etampes, sans savoir comment il y était venu.

Le cas peut être le plus curieux de ce genre est celui d'un habitant de Poitiers qui, dans un accès de folie épileptique, prend un billet de chemin de fer, vient à Paris où il se fait arrêter pour violences contre un passant. Le lendemain, on l'amène à Sainte-Anne où il ne recouvre la conscience que le surlendemain. Il était tellement convaincu de ne pas avoir quitté sa ville natale, qu'il croyait reconnaître les bâtiments de l'Asile et les prenait pour un quartier de Poitiers. Ce n'est que peu à peu qu'il s'est rendu à l'évidence, encore fallut-il après la cessation du délire lui faire une assez longue démonstration.

Ces états sont d'autant plus bizarres que, souvent, les malades, répondant aux questions avec les apparences de la lucidité, peuvent en imposer à un observateur inattentif et lui faire porter sur leurs actes le jugement le plus erroné ; j'en veux pour preuve le fait suivant :

Un tailleur d'habits, âgé de 43 ans, fils d'épileptique, s'est fréquemment, après les attaques, montré grossier et violent à l'égard des camarades, des agents de police, ou des passants

qui s'empressaient autour de lui pour le secourir. Arrêté pour vagabondage pendant une fugue consécutive à une attaque, il comparait devant le tribunal trois heures après une crise. Il marche à côté des gardes, répond d'une façon correcte à quelques questions qui lui sont posées, puis pendant l'audience, sans nul motif, se met à injurier et menacer le Procureur de la République. Les magistrats, séance tenante, le condamnent pour ce fait à deux ans de prison. Il ne répond pas, reste silencieux sur son banc, se retire dès qu'on l'y invite. Le surlendemain, à la prison, on lui demande les motifs de sa conduite, de son attitude à l'audience; il est très surpris de ce qu'on lui apprend, car tout ce qui s'est passé est non avenu pour lui. Des scènes analogues se sont reproduites deux autres fois sous nos yeux dans le service.

J'ai été témoin de cette même lucidité apparente, qui m'en avait imposé tout d'abord, chez un autre malade que nous avons déjà examiné ensemble l'an passé.

M... Georges a 37 ans. Sa femme ne savait pas qu'il fut épileptique, bien qu'elle eût remarqué quelquefois des convulsions pendant la nuit. A sa première entrée, il était en plein accès maniaque, avec des idées mystiques accompagnées d'idées ambitieuses, parlant d'un ton emphatique et hautain, et prenant des poses théâtrales; il voyait la Vierge, le Créateur, etc. Son accès dura trois jours après lesquels il ne se souvenait de rien. Au bout de quelques semaines il fut rendu à sa famille.

Plus tard, cette homme, dont l'existence était très régulière, fut pris de vertiges fréquents, suivis eux-mêmes presque tous les mois, d'un accès de délire de courte durée, débutant et cessant brusquement. Sa femme, qui s'y habituait, ne s'en montrait nullement préocupée, se contentant d'observer et de surveiller son mari. Tous ses accès se res-

semblaient et présentaient les même caractères : au début, M... se disait fils de Dieu, parlait de ressusciter son père, déclamait, présentait même des intervalles de lucidité tels, que sa femme, le voyant non délirant, croyait à la fin de l'accès alors qu'il n'était pas terminé. Puis, après un jour ou deux de délire, il revenait à la vie réelle et niait d'avoir jamais parlé de Dieu. Une fois, cependant,. les faits faillirent prendre une tournure plus grave : Georges, qui se promenait avec sa famille, eut une attaque suivie de délire, et, se disant toujours fils de Dieu, il voulut faire agenouiller sa femme pour l'immoler, le moment du sacrifice étant arrivé, disait-il. Celle-ci, croyant à une simple plaisanterie de malade s'y prêta de bonne grâce en attendant l'intervention des passants, qui arrêtèrent son mari. On frémit à l'idée de ce qui aurait pu se passer si la scène avait eu lieu à la maison, loin de tout secours. Sa femme, dans un sentiment de frayeur, n'eut, sans doute, pas manqué de chercher à fuir plutôt que de se prêter aux exigences de son mari, mais celui-ci l'eut probablement tuée avec ce qui lui serait tombé sous la main.

Quand M... arriva, le lendemain, dans le service, il était en proie à la plus vive excitation, cherchait à frapper dès qu'on tentait de lui résister, et croyait être mort, puis s'être fait ressusciter à l'aide d'un moyen qui devait faire vivre tout le monde éternellement. Dieu, disait-il, est un anagramme composé de 4 lettres : le D signifie destin ; l'I représente l'idée ; E éternité et U l'unité. Notre malade entrait à ce sujet dans des discussions ornées d'une telle richesse de détails, qu'en s'en tenant simplemenl à un premier examen, on aurait pu le prendre pour un délirant chronique. Il voyait sa cellule s'agrandir et se diminuer sous l'influence d'opérations physiques qu'il dirigeait, et, chose curieuse sur laquelle j'insiste pour bien graver dans votre esprit à quel ordre de perturbations intellectuelles nous avons à faire, j'eus à ce moment avec ce

malade, pendant qu'il était au bain, une conversation d'une demi-heure, au cours de laquelle il me répondit avec une certaine lucidité sur toutes les questions ; et, malgré cela, le lendemain, après la chute brusque du délire, il me fut impossible de faire évoquer à son souvenir la moindre trace de notre conversation. C'était la première fois qu'il me parlait, disait-il, depuis son précédent passage dans le service.

J'ajoute, comme mention, qu'en dehors de ses attaques, Georges est parfois violent, qu'il a un caractère très difficile, et s'irrite sous la moindre influence, comme le font presque tous les épileptiques.

Il ne faut cependant pas croire que cette lucidité apparente soit la règle dans la folie épileptique. Le malade qui a tué son camarade, était loin d'être lucide et se rapprochait davantage des faits qu'on observe le plus ordinairement. Ces aliénés, en effet, sont le plus souvent très hallucinés, et leurs hallucinations offrent la plupart du temps un caractère pénible ; ils ont des terreurs imaginaires, des craintes fantastiques, croient qu'on les injurie, qu'on les menace, qu'on veut les tuer ou leur faire du mal d'une manière quelconque. Ils réagissent, frappent à tort et à travers avec une rapidité d'exécution qui n'est pas en harmonie avec l'abattement dans lequel ils sont parfois plongés. Tantôt ils ont une exaltation inexplicable, tantôt au contraire ils sont portés au suicide et cherchent à se donner la mort, ou bien encore, s'emparant du premier objet qui leur tombe sous la main, se précipitent violemment sur la première personne qu'ils rencontrent, la frappent à coups redoublés et se mettent ensuite à courir devant eux tête baissée. Leurs violences de toute sorte sont d'autant plus saisissantes que, comme je vous l'ai dit plus haut, ces individus ont par moment un caractère obséquieux à l'excès.

Les idées mystiques sont fréquentes dans le délire épilep-

tique, et on peut dire qu'elles ne sont en somme que l'exagération de leurs sentiments habituels, car ces malades, d'une piété souvent exagérée, sont entraînés vers toutes les croyances au surnaturel.

Je pourrais vous montrer comme confirmation de ce point un autre sujet, à peu près guéri, dont la sortie va être signée prochainement. Pendant son accès de délire, il entendait la voix de Dieu « lui remontant le moral pour l'aider à supporter les tortures qu'il aurait à subir pendant qu'on lui ouvrirait le crâne. »

Les accès se ressemblent parfois tellement chez le même individu, qu'on peut prédire à coup sûr ce qui va se passer, et même, prévoir la durée de l'accès. Un homme que nous avons actuellement dans le service, et qui entre pour la cinquième ou la sixème fois, présente, à chacun de ses accès, la même excitation, la même incohérence, poussant les mêmes cris avec les mêmes intonations et répétant les mêmes propos orduriers. Après trois jours, il revient à lui et s'excuse de ce qu'il a pu dire, manifestant des regrets d'avoir peut-être encore injurié tout le monde. Il ne connaît du reste son état, que parce qu'on le lui a déjà dépeint maintes fois. Les accès peuvent donc présenter une grande uniformité chez un même individu, tant dans les idées que dans les paroles et dans les actes. Ils sont, pour ainsi dire, empreints de fatalité. La connaissance de ce fait vous permettra, dans bien des cas, d'établir le pronostic d'un accès de folie épileptique et de faire prendre, dans l'entourage de l'aliéné, toutes les précautions nécessaires pour éviter un accident.

Si la plupart de ces malades sont violents, brisent, mordent et déchirent tout ce qu'ils peuvent, beaucoup, heureusement, s'en tiennent aux injures, aux menaces, à la condition toutefois qu'on ne cherche point à les entraver dans leurs actions,

et nous avons vu que, malgré leur inconscience, on peut parvenir à suivre avec eux leur délire et obtenir des réponses précises. Je vous rappelle, qu'en général, leur délire est plus suivi, plus compréhensible qu'il ne l'est dans la manie ordinaire.

La folie épileptique cesse presque comme elle débute, c'est-à-dire brusquement. Une fois guéris, les malades semblent sortir d'un rêve pénible, qui leur paraît n'avoir duré que quelques heures, alors qu'en réalité l'accès a duré plusieurs jours. Ce qui frappe le plus en eux, c'est l'étonnement, avec lequel ils accueillent la narration des différents actes qu'ils viennent d'accomplir ; mais cet étonnement, s'il va jusqu'au regret, n'arrive jamais jusqu'au repentir ; je veux dire par là qu'un épileptique qui aura frappé quelqu'un ne manifestera pas des regrets bien vifs quand on lui rapportera ce fait qui, en somme, pour lui est nul et non avenu et auquel il a peine à croire.

Quelquefois la folie épileptique, de même que les simples troubles intellectuels momentanés, se montre avec tous les caractères que je viens de décrire, sauf un, l'attaque, qui fait complètement défaut. Le délire pris isolément est absolument identique, dans sa forme et dans sa durée, à celui dont je vous entretiens, bien qu'il n'ait été précédé d'aucune attaque ou vertige appréciables et qu'il ait débuté d'emblée. Le mécanisme de cette particularité s'expliquera très bien, si l'on se remet en mémoire la théorie de l'attaque exposée plus haut. Nous avons vu en effet que le délire et l'inconscience ne surviennent que quand la perturbation gagne les zones psychiques. Il est facile d'admettre que l'*ictus* puisse s'installer d'emblée sur ces zones intellectuelles sans passer par la zone motrice.

CINQUIÈME LEÇON

Coexistence de l'épilepsie avec certaines autres formes de maladies mentales.

SOMMAIRE. — Etat mental des épileptiques dans l'intervalle de leurs attaques. L'épilepsie ne conduit pas à la paralysie générale.

Un délire toxique ou une vésanie peuvent s'associer à l'épilepsie. Caractéres propres à chacune des deux affections. Double hérédité.

Observation d'un épileptique atteint d'un délire de persécution, indépendant de la névrose.

Observation d'un épileptique, qui, dans un accès de mélancolie, fait une tentative de suicide et asphyxie sa fille.

Observation d'un épileptique ayant offert plusieurs périodes de délire inconscient, qui, sous l'influence d'un accès de mélancolie, fait une tentative de suicide dont il conserve le souvenir. Accidents alcooliques surajoutés.

Observation d'un épileptique délirant chronique. Hallucinations alternes de l'ouie.

Observation d'un épileptique persécuté, attribuant ses attaques à des influences occultes.

Messieurs,

On trouve dans Falret une description complète de l'état mental des épileptiques dans l'intervalle de leurs attaques sur lequel je ne reviendrai pas ici. Je vous rappellerai seulement que ces individus présentent une bizarrerie de caractère et une inégalité d'humeur qu'on ne rencontre ordinairement pas chez les autres aliénés. Je ne m'attarderai pas non plus sur la nature spéciale de la démence à laquelle ils finissent par aboutir, ce qui nous entraînerait trop loin ; il est bon cepen-

dant de vous dire que, malgré l'affaiblissement intellectuel marqué par lequel cette démence se manifeste, il persiste très longtemps chez ces malades une mémoire assez bien conservée, qui pourrait en imposer, si l'on s'en tenait à ce seul signe, et qui n'est nullement en rapport avec l'affaiblissement des autres facultés.

Le *morbus sacer* s'accompagne souvent d'idiotisme, et vous savez qu'il est excessivement commun de rencontrer des idiots épileptiques. Cette névrose marche presque toujours de pair avec une débilité mentale plus ou moins marquée ; mais jamais elle ne conduit, comme l'ont prétendu certains auteurs, à la paralysie générale. Est-ce parce que la plupart des épileptiques se trouvent soumis dans les asiles à de bonnes conditions hygiéniques, et restent éloignés de toute cause d'excès intellectuels ou autres, qui, comme chacun sait, sont d'un grand poids dans l'étiologie de la paralysie générale ? Je ne saurais vous l'affirmer. Ce qu'il y a de certain, c'est que la paralysie générale est un fait exceptionnel dans l'épilepsie. — Les attaques épileptiformes du début de l'encéphalite interstitielle chronique, confondues avec de véritables attaques épileptiques ont pu donner lieu à l'opinion contraire. Du reste, je dois le dire, cette terminaison du mal comitial par la paralysie générale était d'autant plus acceptable que l'attaque d'épilepsie s'accompagne d'un état congestif du cerveau, et, qu'à *priori*, il était admissible que cette congestion put produire à la longue une encéphalite chronique. Mais, l'examen des faits combat cette théorie. Il démontre en outre, contre toute attente, que les vertiges conduisent bien plus vite à la démence que les grandes attaques. C'est ordinairement vers l'âge de 15 ans qu'on commence à s'apercevoir de l'affaiblissement intellectuel chez les vertigineux.

Jusqu'ici, il n'a surtout été question que du délire épileptique proprement dit, du trouble mental lié intimement à

l'attaque. Dans l'intervalle des crises, les épileptiques peuvent jouir de la plénitude de leurs facultés, et sans rappeler César, Pétrarque, Mahomet, Napoléon, etc., nous trouverions facilement, autour de nous, de nombreux exemples d'épileptiques dont l'intelligence, en dehors des crises, est dans un état de parfaite intégrité. Toutefois, certains épileptiques, en dehors de ceux qni progressivement s'acheminent vers la démence, peuvent, en outre du délire paroxystique, présenter, dans l'intervalle des attaques, un état mental absolument semblable à celui des aliénés ordinaires, un délire vésanique indépendant des crises. Ces états complexes, cette coexistence chez le même sujet d'une névrose et d'une vésanie ont des origines distinctes, et, chez ces malades, l'hérédité révèle le plus souvent l'épilepsie de l'un des ascendants et la vésanie de l'autre. Il y a alors une coexistence de deux états morbides très différents qui se compliquent sans jamais se combiner, tout en conservant chacun leurs caractères propres (1).

On rencontre par exemple des malades se présentant avec tous les caractères d'une vésanie, mélancolie, délire de persécutions, délire chronique avec idées ambitieuses ou idées mystiques ; considérés comme vésaniques simples, quelques jours après, tout à coup survient une attaque ou un vertige ; ces accès passagers ne changent rien à la maladie première ; par le bromure de potassium, on arrive à éloigner sinon à dissiper complètement ces attaques, et cependant le délire mélancolique persiste. Si l'on interroge alors les antécédents héréditaires du malade, on apprend, par exemple, que son père était un ivrogne ou bien même était atteint de mal comitial, voilà pour l'épilepsie ; et que sa mère s'est suicidée, voilà pour la mélancolie. Ces individus portent donc en eux deux

(1) Voir *Archives de Neurolvgie*, nº 1, 1880, p. 49. Magnan. — De la coexistence de plusieurs délires de nature différente chez le même aliéné.

marques originelles dont chacune leur imprime une maladie spéciale ; d'une part, l'épilepsie avec ses caractères distincts, et, d'autre part, un état tout différent, une vésanie, avec son évolution ordinaire et chronique. On ne peut dire que ces vésanies conscientes puissent être rattachées à la folie épileptique ou confondues avec elle, puisque les accès de manie consécutifs aux attaques qui surviennent quelquefois chez ces malades s'accompagnent toujours de la perte du souvenir, tandis qu'au contraire le délire vésanique propre reste parfaitement gravé dans leur esprit avec ses moindres détails. D'ailleurs, la folie épileptique, dont la durée n'excède jamais quelques jours, 18 au plus comme chez le malade P... Auguste, est passagère, tandis que l'on voit quelquefois le délire des malades auxquels je fais allusion passer à l'état chronique et ne jamais disparaître. Ces deux maladies, névrose et vésanie marchent côte à côte, ne s'influençant que très faiblement.

Il en est de même de l'alcoolisme, qui, s'associant à l'épilepsie, conserve ses caractères dans l'intervalle des crises; mais, dès que le choc épileptique intervient, il impose son délire spécial qui, pour un temps, se substitue au délire alcoolique. L'épileptique en effet, qui s'alcoolise, présente peu à peu les signes ordinaires du délire alcoolique, sans qu'aucun phénomène vienne indiquer que c'est là un alccoolique épileptique. Mais, que plusieurs attaques se produisent, le délire toxique disparaît et cède le pas au délire du mal caduc, délire nouveau, à évolution brusque, à durée courte, parfois même à caractère symptomatique distinct, mais surtout remarquable par l'inconscience dont il s'accompagne. Le sujet, en effet, raconte avec soin toutes les perceptions illusoires du délire alcoolique, mais il ne sait absolument rien de son accès de folie épileptique.

Un ancien militaire, âgé de 40 ans, épileptique, alcoolique, après une attaque survenue dans la rue, se croit un grand

personnage, il se dit Henri IV, s'imagine que les passants se prosternent devant lui; il donne des ordres, réclame ses équipages, et se fait arrêter au milieu de ces conceptions ambitieuses. Arrivé à l'Asile Sainte-Anne, il est tourmenté par des hallucinations pénibles; pendant quelques jours, il voit des chats, des rats; il entend des menaces, il se croit poursuivi par des voleurs, etc. Mais, tandis qu'il conserve plus tard un entier souvenir du délire de l'Asile, il ignore complètement ce qui s'est passé après son attaque, lors de son arrestation dans la rue, et témoigne une grande surprise au récit de ses idées ambitieuses.

Le délire des persécutions, vous ai-je dit, coexiste parfois avec l'épilepsie. Je vais vous en donner la preuve en examinant avec vous un individu, dont l'observation a été publiée par M. Garnier (*Gaz. hebd.*, 1880), lors d'une précédente entrée du malade dans mon service.

C'est un ouvrier couvreur, âgé de 51 ans, nommé Charles N...

Il a été arrêté une première fois, en 1880, dans l'église Saint-Roch, où il s'était déshabillé en criant: « Je veux montrer mon c.., pour aller au ciel! » A son arrivée, il se présente sous les dehors d'un persécuté simple, et raconte qu'on l'a fait enfermer parce que son fils, qui veut dérober ses économies, a ligué toute sa famille contre lui.

D'après les renseignements donnés quelques jours plus tard par la fille du malade, ces griefs ne sont pas absolument imaginaires, et N... a bien eu, en effet, à se plaindre des procédés de son fils à son égard. Il n'y a donc, en somme, dans cette partie de son récit, qu'un peu d'exagération; mais, à côté des assertions, viennent se grouper des idées délirantes des mieux accusées.

Depuis des années, en effet, Charles s'aperçoit qu'on l'in-

terpelle dans la rue. Un jour, entre autres, il a entendu ces mots en passant sur le boulevard Sébastopol: « On va te prendre ton argent ... Tu es un avare... Tu ne profiteras pas de ce que tu amasses... Quand tu rentreras chez toi, tu ne trouveras plus rien... « A ce moment, il s'est retourné afin de découvrir ceux qui lui adressaient ces paroles, mais il n'a vu personne.

N... assure très catégoriquement n'avoir jamais commis d'excès de boisson. Aucun tremblement, du reste, soit de la langue, soit des mains.

— Mais, pourquoi, vous êtes-vous mis tout nu en pleine église Saint-Roch ?

— Je ne sais pas ce que vous voulez dire.

— Comment ! Vous ne vous rappelez pas être allé à Saint-Roch, avoir quitté vos vêtements, en disant que vous vouliez monter au ciel ?

— Non, monsieur, je ne me souviens pas d'avoir rien fait de semblable.

Sur cette réponse très nette, nous crûmes devoir donner à nos questions une direction particulière. Nous apprîmes alors qu'il arrivait quelquefois à notre malade d'uriner au lit, de se mordre la langue, d'éprouver des vertiges. A propos de ce dernier ordre de symptômes, le fait suivant s'était produit cinq semaines auparavant : N... Charles, en travaillant, a été précipité d'un échafaudage, sans qu'il ait été à même de comprendre comment cette chute avait pu se produire.

— Vous aurez eu, lui dîmes-nous, un étourdissement, un vertige ?

— Je ne saurais vous renseigner ; je ne me suis souvenu de rien, et l'on a dû me dire que j'étais tombé de mon échafaudage. J'avais une blessure à la tête, mais ce n'était pas grave ; c'est guéri maintenant.

On trouve en effet à l'occiput les traces de sa blessure. A

plusieurs reprises, des accidents analogues sont survenus, et, maintes fois, dans la rue, N... a été étourdi, dit-il, pendant un instant, ne sachant s'il allait tomber, et, pendant deux ou trois heures après ces vertiges il était comme hébété. Quand il revenait complètement à lui, il lui semblait qu'il sortait d'un rêve.

A n'en pas douter, N... est épileptique.

Questionné au point de vue des antécédents héreditaires, notre malade nous apprit que sa mère avait eu des attaques d'épilepsie ; et, comme nous insistions pour savoir si d'autres proches parents n'avaient jamais rien présenté de particulier: « Ah ! il y a une de mes tantes (sœur du père) qui s'est pendue parce qu'un jour son mari un ancien capitaine, était sorti sans mettre ses guêtres. » Tels sont, en substance, les faits ; et, bien que les détails n'y abondent pas, ils renferment pourtant les éléments essentiels pour la démonstration d'une vérité clinique d'une importance considérable en pathologie mentale.

Il n'est pas inutile d'exposer, en deux mots, en quelque sorte le processus qui amène, dans ce cas particulier, à la constatation de deux délires chez le malade: Tout d'abord, les réponses de N... apprennent d'une façon précise que son délire appartient à la variété de folie que l'on a appelée « délire partiel. » Il a des hallucinations auditives spéciales au délire des persécutions ; on parle à côté de lui... ; son fils lui en veut... ; on lui a pris son argent...

Ce trouble psychique remonte à une date déjà ancienne, ainsi que l'attestent des certificats antérieurs. Mais, les questions se poursuivant, une réponse déterminée apporte à l'observation des éléments de nature toute autre. N..., invité à s'expliquer sur les excentricités commises à Saint-Roch, s'étonne qu'on lui impute de pareils faits, attendu que rien ne lui rappelle qu'il en est l'auteur. Une semblable affirmation éveille l'attention, et cette idée se présente à l'esprit: N... serait-il épileptique ? — On sait en effet que, d'une, part les attaques de *mor-*

bus sacer sont parfois accompagnées de délire, soit que ce délire précède les attaques ou les suive, dernier cas qui est de beaucoup le plus fréquent; que, d'autre part, la caractéristique de ce trouble intellectuel, d'origine épileptique, est d'être tout à fait inconscient; nul souvenir des actes accomplis pendant ce délire ne lui survit.

Eh bien! nous trouvons chez N... cette absence de souvenir, car rien ne peut nous faire supposer que son étonnement, sa surprise quand on lui rappelle le fait de l'église Saint-Roch sont simulés.

N... est un aliéné, disait M. Garnier dans les conclusions de son observation, et, vraisemblablement, il est condamné à passer une grande partie de son existence dans les asiles. Une amélioration pourra se produire dans son état sous l'influence d'un traitement approprié, mais il y a toute probabilité que ses hallucinations ne disparaîtront jamais d'une façon complète et définitive, et qu'il restera sous l'empire du délire de persécution. Ce pronostic était basé : d'abord sur l'ancienneté de ses conceptions imaginaires, ensuite sur ses antécédents héréditaires.

Le malade est, en effet, revenu après avoir, sous l'influence de ses idées de persécution, frappé son ancienne maîtresse, qu'il accusait de vouloir l'empoisonner.

Cette observation, intéressante à plus d'un titre prouve surabondamment qu'il peut exister, chez un même aliéné, deux troubles intellectuels indépendants l'un de l'autre.

Une certaine catégorie de malades nous démontre, on pourrait dire expérimentalement, qu'un état vésanique n'exclut pas la possibilité d'un autre trouble mental. J'entends parler des aliénés qui se soumettent volontairement à une intoxication alcoolique. Qu'arrive-t-il, par exemple, chez un mélancolique qui se met à boire? L'alcool, loin de dissiper les

tendances mélancoliques, ne fait, au contraire, que leur imprimer une impulsion nouvelle, en agissant comme un coup de fouet qui stimulerait la marche du délire. Malgré cela, l'alcool ne perd pas ses droits, et se trouvant au contraire sur un terrain favorable, il ne tarde pas à se traduire par ses manifestations ordinaires sur les centres nerveux, et notre individu qui, dans le jour, n'était que mélancolique, sans hallucinations, est pris de frayeurs pendant la nuit, entend des voix qui le menacent, se voit entouré d'animaux et de figures grimaçantes. Vous reconnaissez là les caractères du délire alcoolique. Le lendemain, à la pointe du jour, il redevient triste comme précédemment, pour être de nouveau pris de frayeurs la nuit suivante.

Si, au lieu d'un mélancolique, nous prenons comme exemple un individu atteint de paralysie générale, affection qui, vous le savez, se traduit par des désordres anatomiques, notre homme s'excitera sous l'influence de l'alcool, ses idées ambitieuses, s'il en a, s'exagèreront, et, la nuit, il aura les mêmes frayeurs qu'un ivrogne ordinaire, avec cette seule différence que son efflorescence délirante sera plus ou moins riche, suivant que l'état intellectuel du sujet sera plus ou moins bien conservé. Là encore, tous les phénomènes justiciables de l'alcool seront parfaitement reconnaissables.

Si nous examinons maintenant un épileptique qui boit, ses frayeurs nocturnes présenteront toujours les mêmes caractères, il pourra raconter à son réveil les visions qui l'auront obsédé, mais, si, au milieu de ces terreurs, survient une attaque suivie de délire, le malade en revenant à lui n'en aura aucune conscience, n'en conservera aucun souvenir et sera dans l'impossibilité complète de donner aucun renseignement sur la nature de ses hallucinations. Puis, peu à peu, le souvenir reviendra et il retombera insensiblement dans son délire alcoolique qu'il décrira très nettement plusieurs jours après.

Qu'y a-t-il d'étonnant à ce que des idées délirantes, de nature vésanique, puissent coexister avec une névrose convulsive, puisque nous voyons tous les jours un délire qu'il est en notre pouvoir de provoquer, marcher côte à côte avec elle, de l'allure qui lui est propre ? On ne voit pas trop pourquoi le *morbus sacer* déterminerait une immunité pour la folie ordinaire.

Les faits de ce genre ne sont pas aussi rares qu'on pourrait le supposer, quand on veut se donner la peine de les chercher.

Jeanne T..., femme P..., est la fille d'un ivrogne. Sujette à des vertiges depuis l'âge de huit ans, elle a un fils de quinze ans, également épileptique, dont les attaques ont été observées il y a trois ans pour la première fois. La mère en a depuis compté vingt. Elle avait aussi une fille de six ans, non épileptique, morte dans les circonstances dont je vous parlerai plus loin.

Jusqu'en 1876, les crises de notre malade étaient encore assez rares ; elles deviennent maintenant de plus en plus fréquentes.

Jeanne entra pour la première fois dans le service, en septembre 1879, et présentait à cette époque un accès maniaque qui ne dura que quatre jours, dont elle n'a conservé aucun souvenir.

A la fin d'octobre, elle sortait, en promettant de continuer l'usage du bromure de potassium.

En mars 1880, elle revenait pour un accès présentant les mêmes caractères, et qui ne dura que trois jours.

En juillet, elle sortait de nouveau, bien qu'elle eut eu quelques attaques ou vertiges pendant son séjour.

Dans la nuit du 16 au 17 septembre, elle eut encore une série d'attaques. Le lendemain. elle était excitée, présentait des troubles de la sensibilité générale avec des idées hypochon-

driaques, et se figurait avoir une pilule arrêtée dans le gosier. Puis, tout à coup, elle quittait la maison pour se rendre boulevard Saint-Jacques, et devant des soldats qui faisaient l'exercice, elle dansait, chantait, se livrait à toutes sortes d'extravagances.

Arrêtée et conduite à l'infirmerie de la Préfecture de Police, elle se calme, redevient complètement lucide en trois jours et est renvoyée chez elle sans pouvoir se rappeler ce qui s'était passé.

Depuis cette époque, elle est triste, découragée, se préoccupe de son avenir, pense souvent au suicide, et a, par périodes, des mouvements d'angoisse avec insomnie qu'elle ne peut surmonter.

Elle était dans cet état général de tristesse, depuis plusieurs mois, lorsque son fils eut une attaque : « Maman » cria-t-il en perdant connaissance, et tombant à terre pour se débattre convulsivement. Plus vivement impressionnée par cet accident qu'elle ne l'était d'ordinaire, elle se met à penser à sa petite fille qui pourrait bien, elle aussi, être atteinte de la même maladie, et pour lui éviter d'être malheureuse sur cette terre, elle prend la résolution de la tuer et de mourir avec elle.

Le lendemain, dans la matinée, et en l'absence de son mari, elle écrit une longue lettre qui donne de nombreux détails sur ce qu'elle a l'intention de faire, se renferme dans sa chambre avec sa fille, allume un réchaud de charbon au milieu de l'appartement, et s'étend ensuite sur son lit. Le réchaud s'éteint ; P... se lève, le rallume, et, comme l'enfant pleurait, elle la caresse, l'encourage à ne pas se plaindre et se recouche à côté d'elle. Plus tard, quand on pénétra dans la chambre, la petite fille était morte, et la mère se trouvait dans un état des plus alarmants.

A peine revenue à elle notre malade raconte toutes les pér péties de ce drame sans en oublier la moindre particulrité.

A son arrivée à Sainte-Anne, le lendemain, P.... se présente sous les dehors d'une mélancolique ordinaire : elle est inquiète, attristée, anxieuse, hallucinée et regrette de ne pas être morte avec sa fille.

Quelques jours après, à la suite de trois ou quatre vertiges consécutifs, elle quitte le coin de la salle où elle se tenait habituellement, court dans le jardin, prononce quelques paroles incohérentes, casse un carreau de vitre, et reste ainsi excitée pendant un jour et demi ; puis retombe dans sa tristesse, ignorant son accident de la veille.

Plus tard, ses idées mélancoliques se sont dissipées peu à peu, et, au moment de la convalescence, le fils de la malade mourait d'une angine. La mère se désole de cette mort, qu'elle souhaitait autrefois : c'est là un signe certain d'amélioration. Aujourd'hui, elle désire vivre pour consoler son malheureux mari des chagrins qu'elle a dû lui causer.

Est-il nécessaire d'insister sur la différence énorme qui existe entre les accès maniaques survenus brusquement et disparus de même, pendant lesquels Augustine est allée danser devant les militaires ou courir dans le jardin de l'Asile, accès dont elle ne se souvient nullement, et l'accès mélancolique survenu progressivement, qui eut une conséquence si funeste et qu'elle se rappelle très bien, malgré la torpeur intellectuelle qui l'a enveloppée pendant la période asphyxique de son empoisonnement par l'oxyde de carbone ? Evidemment, ces deux états ne sauraient être confondus cliniquement, bien qu'en nous plaçant au point de vue médico-légal l'irresponsabilité soit complète dans les deux cas. On ne peut pas, non plus, trouver dans cette période mélancolique, les caractères qu'ont décrits les auteurs sur l'état mental habituel de certains épileptiques, ni dire que ce soit là une conséquence de la névrose.

Ces malades se présentent avec une manière d'être qui leur est propre : ils sont maussades, obséquieux, d'un commerce

difficile, et ils le sont toute leur vie, quoi qu'on fasse, tandis que, chez notre malade, l'accès mélancolique s'est comporté comme se comporte un accès ordinaire de mélancolie, tant par sa marche, sa durée, que par sa terminaison.

Dans le délire épileptique, vous ai-je dit, le malade ne perçoit en général les objets qu'autant que ceux-ci ont un rapport quelconque avec ses idées délirantes. Quelquefois, cependant, les épileptiques accomplissent certains actes inconscients qui peuvent en imposer, à cause de la réflexion qui semble présider à leur accomplissement. L'importance médico-légale qu'il y a pour le médecin à bien se pénétrer de ces faits n'échappe à personne, et vous allez voir que, dans quelques cas, l'irresponsabilité du sujet peut être difficile à démontrer au magistrat.

Le malade qne je vais vous montrer maintenant est intéressant à trois points de vue : d'abord, parce que, pendant la période de folie épileptique consécutive à ses attaques, il a commis des vols qui paraissent raisonnés ; ensuite, parce que, dans l'intervalle de ses attaques, il a offert un accès de délire mélancolique avec idées de suicide ; enfin, parce qu'il a présenté des accidents alcooliques.

Le père de R... François est à la fois épileptique et mélancolique ; il s'est empoisonné avec du laudanum ; deux de ses oncles maternels sont épileptiques aliénés ; une sœur du malade est également épileptique.

François a lui-même des attaques ou vertiges depuis l'âge de dix ans, et, à onze ans, dans un accès inconscient, il s'est jeté dans un puits. Il lui arrive parfois de fuir tout à coup la maison, sans savoir où il va, et, chose bizarre qui indique à quel point la répétition des mêmes actes a de tendance à s'établir chez les épileptiques, François, après ses attaques, est allé un grand nombre de fois se promener sur les toits.

Un jour, pendant une de ces promenades, il pénètre par

un vasistas dans une chambre, et cherche à faire passer une assez grande armoire par une très petite fenêtre; puis, rentrant dans un autre appartement, il trouve un homme qui cirait ses chaussures ; il les lui arrache des mains, se déchausse, lance ses souliers à la tête de cet individu, sort par la porte, descend dans la rue, emportant à la main les souliers dont il venait de s'emparer, et se promène nu-pieds, jusqu'à ce qu'il rencontre un sergent de ville qui l'oblige à se chausser.

Un autre jour, encore après une attaque, il vole chez un boucher un énorme morceau de viande, monte sur un toit où il se met à gesticuler.

Il ne se rappelle aucun de ces faits, et ne les raconte que parce qu'il les a entendus de la bouche même du Commissaire de police qui l'avait fait arrêter.

Souvent, à la suite d'excès de boisson, il lui est arrivé d'avoir des idées de persécution, des hallucinations pénibles, des frayeurs, et, se croyant poursuivi par des brigands, de chercher à se suicider pour fuir ses ennemis imaginares ; mais, alors, il se rappelle parfaitement tout ce qu'il fait sous l'influence de cet état mental d'origine toxique.

A une de ses dernières attaques, il s'est retrouvé sans souliers, et sans son porte-monnaie, dans un quartier de Paris qu'il ne connaissait pas.

Le fait le plus bizarre qui lui soit arrivé est le suivant : Ce malade était régisseur de plusieurs petits théâtres réunis sous une même direction. Tous les soirs, après les représentations, il passait avec une voiture dans chacun de ces théâtres pour recueillir les recettes et les rapporter au bureau du Directeur, dont il avait la confiance. Ce directeur, ami de la famille R..., laissait à François les clefs du coffre-fort où il devait renfermer l'argent. Un soir, après avoir déposé une somme de 1, 100 francs dans le coffre-fort, au moment où il remettait au concierge les clefs de l'appartement, R... fut

frappé par une attaque. Uu instant après, il se relève, paraissant entièrement lucide, d'après ce que racontent les témoins oculaires, reprend les clefs, remonte au Bureau et redescend peu après, emportant une liasse de billets de faveur et de billets de banque représentant, comme on l'a su plus tard, une somme de 8,000 ; puis il s'enfuit, laissant toutes les portes ouvertes, et ne revient à lui que quarante-huit heures après cet incident. A son arrivée chez sa mère, la première question de celle-ci fut pour lui demander ce qu'il avait fait de l'argent, et, comme cette question paraissait étonner le malade, elle insiste, le fouille et trouve quatre billets de mille francs froissés et enfouis dans une de ses poches. François, de plus en plus surpris, ne put donner aucun renseignement sur ce qu'il avait fait, et, comme il lui était impossible de reconstituer l'emploi de son temps, il fut arrêté. Il passa six mois en prison et bénéficia à la fin d'une ordonnance de non-lieu. La famille remboursa la plus grande partie de la somme, et il ne reste aujourd'hui à payer qu'un dernier billet de 80 francs.

François n'a connu cette histoire dans tous ses détails que depuis peu de temps, après la mort de sa mère. Il se sent maintenant poussé au suicide par le regret des chagrins qu'il cause à sa famille, et surtout par la honte qu'il a ressentie de se trouver en prison.

Enfin, ce malheureux, tout dernièrement, pris de vertiges chez un pâtissier de la rue Mouffetard, sort précipitamment de la boutique, entre chez un horloger, choisit une montre au hasard, et donne son adresse pour qu'on la porte chez lui. Sa mère en paye le montant, croyant à une acquisition avantageuse pour son fils, mais quand celui-ci revint à la maison, il fut tout surpris de trouver cette montre, qu'il se hâta, du reste, de rapporter au marchand.

Le malade présente aujourd'hui tous les caractères d'un délire mélancolique très accusé avec hallucinations et ten-

dances au suicide ; ses attaques deviennent de plus en plus rares.

Laissez-moi maintenant vous prouver, par un exemple, qu'un délire, chronique même, peut aussi bien coexister avec l'épilepsie. Le forgeron dont je vous ai parlé plus haut va se charger de vous éclairer sur ce point.

Vous vous rappelez le commencement de son observation. Gustave H... avait une « aura sensitive » lui donnant un goût de sang dans la bouche ; dans un accès de folie, il voulait étrangler une femme et recevait des coups de balai du mari. H... offre, de plus, un délire chronique parfaitement systématisé: il a entrepris, depuis sept ans, des recherches snr les astres, le soleil, la lune, etc... Pour continuer plus facilement ses études astronomiques, il choisit toujours ses logements sous les toits, de façon à être plus près, dit-il, de la voûte céleste. Son langage est allégorique et sentencieux, et la parabole joue un grand rôle dans sa conversation. Gustave est superstitieux ; il croit à une brillante destinée: « *La justice est juste*, dit-il, *le plus petit est le plus grand* ; *le plus bas*, *le plus haut* ; *le plus malheureux*, *le plus heureux*. » Depuis sept générations, une somme énorme s'accumule a son intention ; c'est une indemnité qui lui est due pour les travaux qu'il a entrepris. Il cherche en ce moment « *le point de centre qui lui permettra de tirer dans un carré autant de points que dans une boule.* » Toutes ces grandes idées sont naturelles en lui, il ne se force pas pour les avoir, et elles lui vaudront bientôt un fauteuil à l'Académie française..., etc.

Cet individu nous montre en outre une particularité très intéressante, que je ne ferai que vous indiquer, parce qu'elle nous entraînerait dans une trop longue discussion. H . . . a des hallucinations de l'ouïe, mais ces hallucinations sont absolument différentes, suivant qu'elles lui arrivent par l'oreille

droite ou par l'oreille gauche. Son oreille droite est exclusivement réservée aux injures : on l'appelle par là « *tête de cochon, hure de cochon, fainéant...* » C'est de ce côté que le Diable lui parle et que se trouve le Mauvais génie. Par l'oreille gauche, au contraire, il n'entend que des éloges, des encouragements : « *c'est bien, ce que tu fais, lui répète-t-on prend patience, ne te fais pas de mauvais sang.* » On lui dit souvent des choses qui le font rire... Dieu lui-même l'encourage à persister dans le bien... C'est à gauche, que se tient le Bon génie... Le Bon et le Mauvais génie forment *une sorte de manicheisme* qui le gouverne. J'ai, soit dit en passant, observé déjà des hallucinations de ce genre chez un certain nombre d'autres aliénés.

Personne ne se refusera d'accorder aux idées de ce malade tous les caractères d'un délire chronique; ce délire est, de plus, absolument indépendant de l'épilepsie, puisque, sous l'influence du bromure de potassium, les attaques et les vertiges ont presque complètement disparu tandis que les idées délirantes sont toujours restées les mêmes depuis l'entrée du malade à Sainte-Anne.

Quelquefois, enfin, les attaques d'épilepsie peuvent, chez certains prédisposés, devenir la cause d'interprétations délirantes. C'est ainsi qu'un dernier malade croyait devoir attribuer sa maladie à l'influence occulte d'un ennemi.

Armand G... hongreur, âgé de 25 ans, est épileptique depuis la première enfance. Il a toujours été d'une crédulité extrême et ajoutait parfaitement foi aux histoires de sorciers. Méfiant et ombrageux par nature, il cherchait la cause de ses attaques, et, se croyant poursuivi par des ennemis imaginaires il ne tarda pas à accuser un de ses patrons de lui avoir provoqué cette maladie. « *On lui a,* dit-il, *jeté un sort pour lui donner des attaques et l'empêcher de trouver de l'ouvrage.* » Dès qu'il est chez un nouveau maître, on lui fait

venir tout aussitôt un étourdissement, et il ne tarde pas à être renvoyé. Ce n'est pas du reste la première fois qu'il voit ainsi jeter des sorts. « *Il a lu dans un livre la manière de procéder, et il connait un autre individu exerçant la même profession que lui qui a également été influencé par un mauvais esprit et lui, depuis qu'on l'a rendu épileptique, ne peut réussir aucune des opérations qu'il pratique sur les animaux.* »

Comme vous voyez, l'épilepsie peut se combiner à d'autres troubles intellectuels ; je n'ai pas besoin de vous dire que ces états hybrides constituent une des formes les plus graves de la folie et sont toujours d'un diagnostic très difficile et pourtant nécessaire à déterminer, surtout lorsqu'il y a eu crime ou délit ; au point de vue médico légal, il n'est pas indifférent d'établir si l'acte incriminé se rattache à l'épilepsie ou à telle autre forme délirante que présenterait un même malade.

SIXIÈME LEÇON

Traitement de l'épilepsie.

Sommaire. — Recherche des indications causales. Epilepsie d'origine périphérique, consécutive à un traumatisme. Intervention chirurgicale.

Des bromures : bromure de potassium (Charles Locock et Wilks, 1853; Bazin, Hardy, Brown-Séquard, Germain Sée); vulgarisation du traitement (Falret, Legrand du Saulle et Voisin). Mode d'administration. Doses. Durée du traitement. Nécessité de le continuer après la cessation des accès. Bromure de sodium, d'ammonium, d'arsenic, de zinc (Charcot, Brown-Séquard, Bourneville, Magnan).

Hydrothérapie comme moyen adjuvant (Charcot, Bourneville).

Belladone ; sels d'atropine ; sels de zinc : oxyde, valérianate et lactate de zinc. Leur association avec le bromure. Sels de cuivre.

Nécessité d'une surveillance continue des épileptiques.

Messieurs,

Pour compléter les considérations cliniques que nous venons de présenter sur l'épilepsie, nous devons nous occuper du traitement. Il serait intéressant de suivre l'histoire thérapeutique de l'épilepsie, mais vous trouverez dans le Traité de M. Delasiauve un exposé des diverses médications mises successivement en usage(1). D'ailleurs, il ne faut pas perdre de vue le but essentiellement pratique de ces leçons et nous devons nous en tenir aux médications qui paraissent aujourd'hui donner les meilleurs résultats.

(1) Delasiauve. -- *Traité de l'épilepsie.* 1854. p. 305 et suivantes.

Jaccoud recommande avec raison la recherche attentive des causes du mal, de manière à en tirer les principales indications mais, malheureusement, ces conditions étiologiques manquent presque toujours. Je dois cependant citer un cas où la cause de la maladie put me fournir l'indication d'un traitement.

Il s'agissait d'un malade dont l'épilepsie, consécutive à un coup de pied de cheval sur le talon gauche, se manifestait par des crises tantôt complètes, tantôt incomplètes, mais partant toujours du siège même de la blessure. Agissant avec prudence, M. Trélat voulut bien, sur ma demande, enlever la cicatrice douloureuse qui siégeait au bord inférieur du calcanéum. Depuis l'opération, le sujet a vu les crises diminuer de durée dans une notable proportion ; les attaques sont devenues ainsi plus rares, mais elles n'ont pas disparu. Le traumatisme remontant à une époque déjà très éloignée, il est probable que la section du nerf saphène ne serait suivie d'aucun résultat favorable. Dans les cas récents, au contraire, l'intervention chirurgicale étant parfois suivie de guérison, l'opération doit être conseillée.

On trouve encore l'indication d'un traitement dans l'état constitutionnel ou dans les habitudes des individus. L'anémie, la scrofule, par exemple, qui s'associent si communément à l'épilepsie, seront combattues avec persévérance par les moyens appropriés à ces différents états morbides ; si les malades se livrent à l'onanisme, anx excès vénériens ou alcoliques, on doit s'efforcer de faire cesser ces funestes habitudes. Malheureusement, je le répète, les indications causales manquent le plus souvent, et, malheureusement encore, quand elles existent, il vous arrivera souvent de voir tout le traitement rationnel rester sans effet, l'épilepsie s'étant, en quelque sorte, émancipée de la cause. Il faut alors recourir au traitement qui a donné jusqu'ici les meilleurs résultats.

D'une façon générale, ce sont les bromures qui réussissent le mieux et, parmi eux, le bromure de potassium. Ce sel fut employé pour la première fois en Angleterre pour combattre la névrose qui nous occupe, vers 1853, par Charles Locock et Wilks. ces deux médecins le préconisaient surtout contre une forme d'épilepsie qu'ils croyaient pouvoir rattacher à l'influence de la menstruation.

Presque simultanément, MM. Bazin, Hardy et Brown-Séquard l'expérimentaient également, et, peu après, M. Germain-Sée, qui étudiait son action sur un certain nombre de malades, le signalait de nouveau à l'attention des praticiens dans une leçon faite à l'hôpital Beaujon. Depuis, les médecins de Bicêtre et de la Salpêtrière, Falret, Legrand du Saulle, Voisin, en ont vulgarisé l'usage. Son efficacité est incontestable dans un certain nombre de cas. « Le bromure de potassium, dit Gubler (1) guérit quelquefois, soulage souvent et ne nuit presque jamais. » Tels sont ses titres à la confiance médicale.

M. Germain Sée, dans une leçon faite à l'Hôtel-Dieu, le 2 mars 1877, proclamait le bromure comme le seul traitement de l'épilepsie. Il s'appuyait sur une expérimentation de plus de quinze années, reposant sur 130 cas, dont 58 ont été observés par lui pendant une période d'au moins 40 mois. J'ai expérimenté, pour ma part, toutes les médications nouvelles préconisées contre les névroses convulsives, mais j'en reviens toujours aux sels de brome qui, en réalité sont d'un grand secours dans le mal comitial.

Les bromures et plus particulièrement le bromure de potassium forment donc encore la base du traitement classique, mais il est nécessaire d'entrer dans quelques détails sur leur mode d'administration. Ils doivent toujours être employés en solution, l'expérience ayant démontré que leur ingestion à l'état

(1) Gubler *Commentaires de Thérapeutique.*

solide déterminait des lésions graves du tube digestif. Vous pouvez utiliser comme véhicule la plupart des liquides qui servent le plus ordinairement à l'alimentation : l'eau ordinaire le vin, le lait, le bouillon ne l'altèrent en rien. Je donne cependant la préférence à une infusion aromatique ou amère (feuilles d'oranger, tilleul, houblon, quassia amara) additionnée de sirop d'écorce d'oranges qui, stimulant légèrement l'estomac, facilite l'absorption du sel. Il faut les prescrire à la dose de 4, 6 ou 8 grammes par jour, mais nous sommes obligés de dépasser ces quantités chez des malades du service ou de la consultation gratuite, dont les attaques présentent certains caractères de gravité, tant à cause de leur fréquence ou de leur durée, que du délire consécutif qu'elles déterminent ; il n'est pas rare alors qu'il faille porter la dose à 10 et même 12 grammes.

Je recommande toujours aux malades de prendre le médicament immédiatement avant les repas ; on obtient ainsi une tolérance plus grande du tube digestif, et le traitement peut être plus lontemps continué sans inconvénient. En administrant le bromure avec méthode, on arrive facilement à maintenir d'une façon continue le sujet sous l'influence de la médication, chaque nouvelle dose venant ajouter son action à celle de la dose qui l'a précédée. Comme Gubler le conseille, il faut suspendre par intervalles l'emploi du bromure « afin d'éviter les effets cumulatifs produits, non par des doses successivement emmagasinées, mais par une action pharmacodynamique à pression ou à tension croissante. »

Le traitement doit être continué pendant plusieurs années ; mais, dès que les attaques ont perdu de leur fréquence et de leur intensité, il faut suspendre pendant cinq ou six jours l'administration du bromure, pour reprendre ensuite le médicament pendant une période de quinze ou vingt jours et intercaler encore une nouvelle période de repos. J'ai remarqué qu'en agissant de la sorte on rétablissait plus rapidement les diverses

fonctions troublées momentanément par le bromure, qu'on ne l'aurait fait en agissant comme le conseillent certains auteurs qui ne suspendent le traitement pendant à peine un jour ou deux.

J'ai l'habitude de donner aux malades de mon service, constamment surveillés, des doses de bromure un peu plus élevées qu'aux épileptiques du dehors, parce que la possibilité d'arrêter immédiatement les accidents du bromume, s'ils se produisaient, me donne plus de latitude et me permet d'obtenir d'emblée du médicament tout ce qu'il peut donner. Cependant, il faut toujours, autant que possible, proportionner la dose à la profession des individus et ne pas oublier que ceux qui ne font point d'exercice et mènent une vie sédentaire, ont une plus grande intolérance et présentent plus facilement des troubles toxiques, que ceux habitués à un travail musculaire.

Quand les accès auront disparu, il sera encore nécessaire de maintenir l'économie pendant des mois ou des années sous l'influence de l'agent thérapeutique, non plus alors d'une manière constante, mais par des reprises suffisamment rapprochées. C'est le seul moyen d'assurer la guérison lorsqu'elle est possible, de réfréner les accès dans les cas où l'état constitutionnel est presque immuable.

Nous n'avons pas à insister sur le mode d'agir des bromures. Je vous rappellerai seulement que certains de ces sels ont une action anaphrodisiaque ; toutefois, celle-ci est moins énergique qu'on ne le croit généralement. Ils donnent à l'haleine une odeur spéciale caractéristique, et produisent plus tard, si l'usage en est longtemps continué, de l'anesthésie pharyngée, de l'angine, une éruption acnéiforme sur la face, le dos, et quelquefois même sur les jambes de véritables pustules d'ecthyma qui laissent de profondes ulcérations ; il survient aussi, dès le début, quelques troubles digestifs (anorexie, douleur épigastrique), de l'hébétude avec diminution de la mémoire, une

lassitude générale, plus tard de la faiblesse musculaire, et enfin une extrême tendance syncopale et même des vertiges. Quand ces complications se produisent, il faut aussitôt interrompre la médication et administrer des toniques.

Dans les cas où le bromure de potassium, qui est le plus généralement employé, ne réussit pas, dans ceux où il n'est pas toléré, Charcot et Brown-Séquard recommandent, depuis longues années, de le remplacer par d'autres bromures, le bromure de sodium et le bromure d'ammonium, qu'on peut associer entr'eux à une dose totale variant entre 6 et 9 gr. par jour. J'ai moi-même longuement expérimenté le bromure de zinc, qui, quelquefois, m'a réussi ; et M. Hublé qui, dans sa thèse, a fait connaître la pratique de M. Bourneville et étudié les conditions qui doivent présider au choix de tel ou tel bromure, donne la préférence au bromure d'arsenic pour les malades prédisposés aux affections cutanées.

En outre, M. Charcot conseille les douches froides pendant l'administration du médicament, pour augmenter la rapidité de son absorption. Il se fonde sur l'expérience de Fleury qui, comme vous le savez, avait remarqué que la pupille d'un individu auquel on appliquait un suppositoire avec de la belladone se dilatait aussitôt après une douche de quelques secondes. M. Bourneville qui vient d'instituer dans son service de Bicêtre un traitement méthodique de l'épilepsie par l'hydrothérapie, a déjà obtenu des résultats assez encourageants pour que je vous signale ce fait.

Dans quelques circonstances, quel que soit le mode d'administration, les bromures restent inactifs, il faut alors trouver autre chose.

Si l'on a affaire aux formes à peine ébauchées et pour ainsi dire effacées de l'épilepsie et surtout dans le petit mal, le vertige ou l'absence marquée par une défaillance de quelques secondes, Gubler recommande l'extrait de belladone déjà pré-

conisé par Trousseau, à la dose 2 à 5 centigr. par jour, ou le sulfate d'atropine, de 1 à 5 milligr. Vous savez d'autre part qu'Herpin s'est montré très partisan des sels de zinc, qui lui ont réussi dans quelques cas; nous y avons recours encore aujourd'hui lorsque les bromures sont inefficaces. J'emploie assez volontiers, pour ma part, soit l'oxyde de zinc, à la dose de 0,30 cent. à 3 gr. par jour; le valérianate de zinc, de 0,10 à 1 gr.; le lactacte de zinc, de 0,10 à 2 gr., associés soit à l'extrait de valériane, soit à la conserve de roses.

Herpin conseillait aussi les sels de cuivre, mais je dois dire que M. Bourneville, qui les a méthodiquement expérimentés, n'a jamais obtenu de résultats bien satisfaisants. Enfin, est-il besoin d'ajouter que ces médications, qui ne s'excluent pas l'une l'autre, peuvent être combinées de plusieurs manières, c'est ce que je fais moi-même souvent avec succès depuis quinze ans. On est parfois surpris de voir des états réfractaires à l'une ou l'autre d'entre elles, prise isolément, s'amender quand elles sont prescrites simultanément, et cela, sans qu'on puisse formuler à l'avance d'indications précises.

Huchard, dans son *Traité des Névroses*, rappelle la médication préconisée par Duclos de Tours, et Hughlings Jackson qui conseillaient d'associer la digitale aux bromures ; il s'en est bien trouvé dans quelques cas rebelles.

L'emploi des bromures est suivi, dans la majorité des cas, d'un résultat favorable dès le début du traitement. Mais, au bout de cinq ou six mois, ou davantage, il arrive souvent que, malgré l'usage continu du médicament, les attaques reprennent leur fréquence première. C'est à ce moment que les applications hydrothérapiques viennent donner au sel bromique l'efficacité des premiers jours et permettent non seule-

ment de maintenir l'amélioration, mais même de la rendre plus complète (1).

Il est fréquemment nécessaire d'ajouter à toutes ces médications des toniques, tels que l'extrait mou de quinquina, l'huile de foie de morue, etc. Les malades devront faire usage d'aliments d'une digestion facile et prendre un repas moins copieux le soir. Cette dernière précaution s'applique aux épileptiques dont les attaques se produisent de préférence pendant le sommeil.

Enfin, nous ne devons pas perdre de vue que les épileptiques constamment sous l'imminence de leurs attaques produites inopinément, doivent être l'objet d'une *surveillance* attentive et continue. Il faut par-dessus tout leur défendre, avec la plus grande insistance, de monter sur les chaises, les échelles, etc. ; leur recommander de fuir le bord de l'eau, de s'éloigner du feu, en un mot de s'abstenir de toute occupation ou distraction qui nécessiterait leur présence en un lieu qu'une perte brusque de connaissance pourrait rendre dangereux.

Nombre d'accidents souvent mortels auraient été évités si ces recommandations avaient été faites et suivies.

(1) Nos lecteurs trouveront des renseignements précis sur le *traitement hydrothérapique* de l'épilepsie, soit seul, soit combiné à divers agents pharmaceutiques, dans la thèse de M. Bricon : *Du traitement de l'épilepsie* ; th. de Paris, 1882.

DEUXIÈME PARTIE

Dipsomanie. — Syndromes épisodiques chez le dipsomane.

LEÇONS CLINIQUES

SUR

LA DIPSOMANIE

PREMIÈRE LEÇON

Historique. — Étiologie.

Sommaire. — Hufeland, Salvatori, Bruhl-Cramer, Erdmann, Esquirol font de la dipsomanie une maladie distincte, une monomanie. La seule description de l'accès est insuffisante. Par l'histoire complète du malade, la dipsomanie devient un syndrome épisodique de la folie héréditaire. Les causes, autres que l'hérédité, n'ont qu'une influence secondaire.

L'accès de dipsomanie ressemble à l'ébauche d'un accès mélancolique.

Observ. I. — Mélancolie. — Accès répétés de dipsomanie ; délire alcoolique. Après l'accès, dégoût des boissons spiritueuses.

Messieurs,

C'est Hufeland qui, le premier, a employé le mot dipsomanie pour désigner un entraînement irrésistible poussant par intervalles l'homme à boire avec excès des liqueurs enivrantes. M. Foville rappelle cette origine dans son excellent article du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. En 1871, Salvatori, médecin italien exerçant à Moscou, donnait la description d'une maladie qu'il désignait sous le nom

d'oinomanie ; deux ans après, un médecin allemand, Bruhl-Cramer, pratiquant aussi en Russie, publiait à Berlin un mémoire ayant pour titre : *Ueber die Trunksucht* (de la manie des boissons fortes) et traitait non pas d'une habitude et d'un vice d'ivrogne ou d'un trouble mental produit par l'abus invétéré des spiritueux, mais d'un penchant à boire, insurmontable et paroxystique. C'est dans la préface de cet ouvrage qu'Hufeland propose d'appeler dipsomanie une affection comparable, dit-il, à la nymphomanie.

Mais, si nous conservons cette expression, nous verrons bientôt que nous ne pouvons pas lui laisser le sens étendu que lui attribue cet auteur. (Quelques années plus tard en 1825) le Dr Erdmann, se basant sur des observations recueillies encore en Russie, dépeignait avec beaucoup de vérité l'accès dipsomaniaque ; et Marcé, qui en a fort bien étudié la phase prodromique, emprunte à ce dernier travail une observation très curieuse d'un ouvrier Russe, ordinairement sobre, qui, après certaines périodes de tristesse, se mettait à boire de l'eau-de-vie pendant plusieurs jours. Carpenter, Esquirol, Magnus-Hus, Forbes-Winslow, Morel, Trélat, Marcé, Griesinger, Foville, Delasiauve et quelques autres encore, ont décrit la maladie à divers point de vue, tout en différant d'opinions sur sa nature nosologique.

Quant à nous, disons-le dès maintenant, nous ne considérons pas la dipsomanie comme une entité morbide, comme une maladie distincte, mais bien comme un syndrome, très important, du reste, et méritant une étude spéciale.

Ce besoin irrésistible de boire se reproduit à des époques indéterminées, sous forme de paroxysmes, affectant les dehors d'un court accès de mélancolie impulsive. Il en est de cette disposition maladive comme de beaucoup d'autres syndromes tels que les impulsions au vol et à l'incendie, la crainte des poussières, la terreur des épingles ou des débris de verre, la peur des espaces, la recherche angoissante d'un mot, l'inver-

sion du sens génital, etc., qui, dans l'ordre psychique, sont des tares dont la valeur n'est pas moindre que celle des vices de conformation parmi les troubles somatiques. Leur seule présence milite, aux yeux du clinicien, en faveur d'une prédisposition native ; ils forment cortège à la folie héréditaire.

Etiologie. — Ce qui domine dans l'étiologie de la dipsomanie, c'est l'hérédité. Tous les malades que nous aurons à voir étaient, par leurs ascendants, prédisposés à la folie. Cependant, il faut l'avouer, les causes occasionnelles peuvent aussi avoir une certaine action sur l'accès, mais cette influence est secondaire, ne s'adresse qu'à la manifestation elle-même et n'a pas sur le fonds maladif l'importance qu'on est tenté de lui attribuer.

Quelques auteurs, Bruhl-Cramer, Erdmann, Magnus-Hus, au lieu de voir dans l'impulsion à boire un épisode, une phase, une manifestation d'un état général plus profond, pensaient que les impulsions ne se développaient seulement que chez les individus adonnés depuis longtemps aux excès alcooliques ; ce phénomène n'était pour eux qu'une conséquence aggravée de l'ivrognerie.

Cette opinion, de même que celle qui fait de la dipsomanie une maladie distincte, ne résiste pas à une étude complète des faits. Esquirol (1), qui ne voit dans la dipsomanie, maladie distincte, que ce symptôme, le besoin de boire, rapporte sept observations, sans remonter dans aucune d'elles aux antécédents. Il prend les malades au moment où se montre la monomanie de l'ivresse, l'entraînement irrésistible à boire, il décrit l'accès, sans se préoccuper des phénomènes qui l'ont précédé ou de ceux qui le suivent, sans tenir aucun compte des antécédents ; c'est une page détachée de l'histoire patho-

(1) *Traité des maladies mentales*, Tome II, p. 72.

logique du malade, qu'on est impuissant à bien comprendre si on l'étudie isolément.

Quelle que soit l'admiration qu'inspire ce maître illustre, on ne peut s'empêcher de regretter ces lacunes. Si ses observations peuvent servir à la description du symptôme, elles ne nous apprennent rien au point de vue de la nature et du fonds même de l'état maladif ; il faut donc, de toute nécessité, remonter aux antécédents des malades et l'on s'aperçoit alors, qu'à différentes époques de la vie, ils ont présenté des bizarreries de caractère ou des troubles intellectuels, bien avant d'être poussés à boire. Ces troubles sont l'indice d'un état mental plus profondément atteint qu'on ne pourrait le supposer, si l'on s'en tenait à des symptômes isolés.

En fragmentant l'observation d'un aliéné, quel qu'il soit, il deviendrait facile de trouver chez lui plusieurs monomanies distinctes.

D'autres auteurs ont confondu des symptômes de la dipsomanie avec des causes qui l'auraient déterminée ; les troubles fonctionnels de l'estomac par exemple, tels que la dyspepsie, qu'on a regardée comme cause de l'impulsion à boire, doivent être envisagés tout autrement ; ils sont en effet, au contraire, l'une des conséquences de la maladie dont ils finissent par faire, pour ainsi dire, partie constituante. Il en est de même de certains états bizarres, mal définis, auxquels on applique trop volontiers le terme d'états hystériques et qui ne sont en réalité que la manière d'être habituelle des dipsomanes. On peut en dire autant de l'abattement et de la tristesse qui, loin d'être cause de l'accès, n'en sont que la première manifestation.

On a aussi accordé à la menstruation et à la ménopause une très grande place dans l'étiologie de la dipsomanie. Sans enlever aux règles toute influence sur la maladie qui nous occupe, on doit dire que leur action ne se manifeste guère que sur l'accès, dont elle favorise parfois le retour. Ceci pourrait

d'ailleurs s'expliquer par l'ébranlement que subit la femme pendant la phase cataméniale. Chez une malade que je vais vous présenter, il sera facile de voir que, si la menstruation a une certaine action sur la périodicité des accès, il serait exagéré de prétendre qu'elle soit la cause de la maladie elle-même. Nous allons l'interroger dès maintenant, car elle sera pour vous une esquisse sur laquelle vous pourrez suivre les différents phénomènes caractéristiques dont nous avons à nous entretenir.

Marie D..., aujourd'hui âgée de 45 ans, est mélancolique depuis la mort de son mari; cette mort remonte à 4 ans. Parfois, mais surtout depuis dix-huit mois, elle se sent prise par intervalles, d'un violent besoin de boire ; une plus grande tristesse, du découragement, un sentiment d'impuissance précèdent alors chacun de ses accès ; elle se plaint d'une constriction à l'estomac et au cou, qui se renouvelle chaque fois que les impulsions vont se manifester. D'abord, elle s'efforce de surmonter ce besoin, elle se fait des reproches, mais, incapable cependant de résister, elle court chez le marchand de vin où elle achète furtivement du vulnéraire qu'elle cache pour le monter dans sa chambre, où elle se renferme pour boire.

Bientôt, la tristesse augmente et les accidents alcooliques apparaissent ; le sommeil se perd, il survient des hallucinations pénibles ; elle voit des figures grimaçantes, des têtes de mort qui remuent les yeux, des flammes, des étincelles ; les objets qui l'entourent prennent des teintes rouges, bleues, vertes, et se mettent à danser ; elle voit des papillons de toute couleur qui voltigent çà et là, elle entend des voix menaçantes et des injures ; enfin, elle sent sur la peau des picotements qu'elle attribue à la vermine.

Tous ces phénomènes assez rapidement atténués disparaissent insensiblement. La malade reste sobre ensuite pendant deux ou trois mois, sans même penser à s'enivrer, et, phénomène très

instructif, l'odeur du vulnéraire ou de toute autre liqueur l'incommode alors au point de lui donner des nausées. C'est à peine si elle peut boire de l'eau rougie. Quand on fait allusion à ses excès, elle se défend d'aimer à boire. C'est contre sa volonté qu'elle se grise : « Ce n'est pas, dit-elle, une passion, c'est malgré moi que je bois. »

Au moment des époques, elle devient irritable, impressionnable, elle éprouve des bouffées de chaleur à la tête, et, toutes les fois que le besoin de boire se fait sentir dans ces conditions, l'impulsion est plus pressante et la lutte moins longue. Telle est l'influence des règles sur son état, elle ne se manifeste pas autrement, pas plus chez cette femme que chez les autres malades.

Il n'est pas sans intérêt de remarquer le développement de la dipsomanie sur une malade depuis longtemps portée à la mélancolie ; d'autre part, on voit aussi des accidents alcooliques se produire après des abus répétés de boisson ; mais, nous en verrons d'autres exemples.

Il a été impossible d'avoir des renseignements sur les antécédents de cette femme, et pourtant c'est surtout dans les prédispositions héréditaires qu'il faut, d'une façon générale, chercher la cause des impulsions à boire. Nous allons en puiser la preuve dans les faits que nous examinerons ensemble. Sur les huit dipsomanes que je pourrais vous présenter, deux sont entachés d'une double hérédité convergente, cinq offrent une hérédité simple. Pour le dernier cas, les renseignements sont incomplets.

M. Foville, dans l'article déjà cité, après avoir considéré la dipsomanie comme une forme particulière de délire partiel, se ravise plus loin sur la valeur nosologique de cette disposition maladive et avec raison, selon nous, il n'en fait plus alors une affection à part. Ne dit-il pas en effet : « Aussi, au lieu de la considérer (la dipsomanie) comme une véritable monomanie

comme l'ont fait Esquirol et Marcé, il nous paraît plus juste de l'envisager, avec plusieurs auteurs modernes, notamment Morel, Griesinger, Skaë, Forbes-Winslow, Trélat, comme un symptôme dépendant d'une affection générale. » Les faits que nous observerons ne vous permettront pas de penser autrement. Du reste, la monomanie en général, introduite dans la science par Esquirol, pour exprimer « une espèce d'aliénation mentale, caractérisée par une lésion partielle de l'intelligence, des affections ou de la volonté » perd de jour en jour ses partisans. Falret père éleva des doutes sur son existence, déclarant que cette doctrine reposait sur des principes philosophiques erronés, sur une observation clinique superficielle et défectueuse et sur une fausse interprétation des phénomènes morbides.

Pour ma part, je repousse absolument d'une façon générale la doctrine des monomanies; sans nier que l'impulsion ne soit le phénomène le plus saillant dans certaines formes de folie, je ne puis lui attribuer qu'une valeur symptomatologique, secondaire, l'état mental au milieu duquel l'acte impulsif se manifeste devant être seul considéré comme la chose essentielle. Mais, il faut l'avouer, avec les illustres défenseurs des monomanies, l'impulsion devient dans certains cas tellement impérieuse et prédominante, absorbe et subjugue si fortement l'esprit de l'aliéné, qu'elle imprime au délire une physionomie spéciale qui semblerait leur donner raison. Les malades qui font l'objet de notre étude nous démontreront d'une manière évidente que, si le besoin de boire est, chez le dipsomane, l'acte le plus saillant, il ne constitue pas à lui seul la maladie. Il n'est qu'un syndrome épisodique d'un état mental plus profond, que l'hérédité tient sous sa dépendance.

Je vous présenterai plus tard une femme, dont l'histoire est fort intéressante, et qui s'est d'abord montrée à nous

comme une mélancolique suicide, puis, après un accès mystique et un accès de nymphomanie, nous l'avons trouvée dominée par des impulsions dipsomaniaques, auxquelles sont bientôt venues s'ajouter des impulsions homicides. On ne doit voir, là encore, que des manifestations différentes d'un même fonds pathologique. Chez cette femme, un accès de dipsomanie s'est produit sous nos yeux pendant l'un de ses passages dans le service. Rien n'y a manqué : tristesse, découragement, sentiment d'impuissance, accablement, insomnie, anorexie, anxiété précordiale, ardeur à la gorge, enfin besoin impérieux et irrésistible de boire; mais, heureusement pour la malade, elle était protégée contre son impulsion et dans l'impossibilité de donner à son accès la satisfaction habituelle. Aussi, en l'absence de boissons, l'accès a t-il été plus court, moins pénible, et n'a pas été suivi de cet anéantissement profond qui est la conséquence ordinaire des abus alcooliques. Ce paroxysme sans l'abus de boissons est, on le voit, et peut être considéré comme une ébauche d'un court accès mélancolique.

DEUXIÈME LEÇON

Symptômes

Sommaire. — Dipsomanie ; paroxysmes impulsifs. — Prodromes ; dépression anxiété précordiale ; angoisse ; lutte, appétit irrésistible. — Après l'accès, sobriété ; nulle recherche des boissons.

Observ. II. — A 20 ans, mélancolie : à 24 ans, premier accès de dipsomanie pendant une grossesse : les accès continuent après l'accouchement. Impulsions au suicide.

Observ. III. — (M. Trélat). — Prodromes : reproches ; résistance vaine ; précautions inutiles ; besoin irrésistible de boire.

Observ. IV. — Malaise précurseur de l'accès ; résistance inutile ; paroxysmes impulsifs ; fureur de boire ; tentatives de suicide ; obsessions.

Les dipsomanes n'ont pas habituellement des liqueurs de prédilection ; toutefois, quelques exceptions : dans ses paroxysmes, M. R. prenait de l'éther avec du sucre ; sa mère s'administrait de l'éther dans les lavements.

Messieurs.

Le délire alcoolique, qui finit par compliquer l'accès de dipsomanie quand celui- ci dure assez longtemps ou se répète assez fréquemment pour que le patient emmagasine des doses d'alcool suffisantes au développement des manifestations toxiques, ce délire, dis-je, ne doit pas être confondu avec la dipsomanie, car il en est une complication et non pas un symtôme.

Trélat (1), dans son livre sur la folie lucide, a insisté sur la différence qni sépare les deux états : « Les ivrognes, dit-

(1) Trélat. -*Folie lucide*. Paris. 1861, p. 151.

il, sont des gens qui s'enivrent quand ils en trouvent l'occasion ; les dipsomanes sont des malades qui s'enivrent toutes les fois que leur accès les prend. » En d'autres termes, tout le monde peut devenir alcoolique, mais n'est pas dipsomane qui veut.

La dipsomanie, avons-nous dit, a pour caractère principal de se traduire par des accès essentiellement intermittents et paroxystiques, ils laissent, après leur disparition, un malaise cérébrale qui s'atténue peu à peu, et les malades, reprenant leurs habitudes de sobriété, regrettent les abus auxquels ils se sont momentanément livrés.

L'accès est précédé de prodromes toujours à peu près les mêmes : d'abord un sentiment vague de tristesse que les occupations ou les distractions sont incapables de surmonter ; les malades, déprimés et découragés, renoncent bientôt au travail auquel il leur est désormais impossible de penser ; des idées noires les obsèdent, tout semble changer autour d'eux, ils se sentent comme menacés d'un prochain malheur, lenr caractère s'aigrit ; leurs sentiments affectifs sont altérés, les êtres les plus chers leur deviennent indifférents. A ces symptômes d'ordre intellectuel et moral s'ajoutent plus tard d'autres symptômes physiques. D'abord de l'anorexie avec anxiété précordiale, un serrement de l'épigastre et parfois de la gorge, puis du dégoût pour les aliments solides. Enfin, des troubles de la sensibilité générale surviennent ; ces malades se plaignent d'une brûlure à l'estomac, d'ardeur au gosier, ont une soif intense, non pas une soif qu'une boisson quelconque pourrait calmer, mais une soif particulière avec désir, tendance irrésistible à boire quelque chose d'excitant,

Désormais, rien ne les arrête, il leur faut à tout prix une liqueur alcoolique ; quand l'argent leur manque pour l'acheter, ils ne reculent devant aucun expédient ; les plus honteux ne les arrêtent pas ; le vol, la prostitution, le crime même, tous

les moyens leur sont bons pour se procurer une boisson excitante. C'est alors qu'on voit le père de famille, portant au cabaret les dernières ressources du ménage, rester sourd aux supplications de la mère qui lui montre les enfants sans pain ; qu'on voit la mère, oublieuse de ses devoirs et perdant toute pudeur, se prostituer pour quelques verres d'eau-de-vie ou vendre sa fille, comme les journaux en ont rapporté un récent exemple en Angleterre.

Voici, du reste une malade qui nous racontera comment les choses se passent :

Louise B..., âgée de 33 ans, est une aliénée héréditaire ; c'est la fille d'un alcoolique dont le père s'est suicidé. Sa mère paraît avoir été assez intelligente, mais un frère de la malade est mort hydrocéphale, à l'âge de 5 ans ; enfin, un cousin est aliéné.

A 8 ans, Louise eût une fièvre typhoïde qui laissa des traces persistantes d'obtusion de l'intelligence avee diminution telle de la mémoire, qu'ayant oublié tout ce qu'elle savait auparavant, elle dut recommencer à apprendre à lire et à écrire ; elle y parvint du reste assez facilement.

Vers l'âge de vingt ans, elle eut des périodes de tristesse et de découragement. Elle sentait des douleurs vagues, des tiraillements à l'estomac et se plaignait de pesanteur dans l'hypogastre ; ces phénomènes s'exagéraient à l'époque des règles, sans se traduire par aucune manifestation ; elle avait cependant déjà remarqué qu'un peu de vin sucré faisait disparaître le malaise de l'estomac.

Louise se maria en 1873, à 24 ans. Son mari, qui la connaissait depuis plusieurs années, l'aimait beaucoup ; elle, de son côté, avait également une grande affection pour lui. Les premiers signes d'une grossesse qui apparurent an bout de quelque temps vinrent encore resserrer leur union ; rien ne

semblait donc devoir troubler la tranquillité du ménage, lorsque, vers le troisième mois de la grossesse, Louise devint progressivement triste sans motif; toute société, toute distraction l'obsédait; les moindres obligations de la vie lui étaient à charge; elle recherchait la solitude, et partout le même sentiment d'ennui et de lassitude la poursuivait. Elle éprouvait, en même temps, du dégoût pour les aliments solides et commençait à ressentir, au contraire, une soif incessante que rien ne pouvait éteindre, une sécheresse dans le gosier. Elle employa d'abord pour se désaltérer des infusions de menthe, puis du vin, mais son désir de boire était inassouvi, elle se décida bientôt à prendre un peu d'eau-de-vie. Le soulagement qu'elle éprouva tout d'abord la poussa à boire davantage; la première excitation de l'ivresse dissipa son malaise; elle but encore et absorba en peu de temps une demi-bouteille d'alcool et s'enivra complètement.



Après quinze jours d'une vie régulière, elle se sent redevenir triste et s'abandonne avec excès à son penchant, qui est suivi des mêmes conséquences. Son mari, sa famille attribuent cette *envie* à la grossesse et emploient tous les moyens, reproches, conseils, surveillance, pour faire renoncer Louise à son goût dépravé; elle promet et tient parole pendant un mois, mais la tristesse et le besoin de boire de l'eau-de-vie l'envahissent de nouveau; c'est une idée fixe qui l'obsède, la poursuit sans qu'elle ait la force de l'écarter. Après une courte lutte, se voyant sur le point de succomber et pour se soustraire aux reproches qu'elle prévoit, elle disparaît de chez elle, emportant des hardes qu'elle vend à qui les veut, pour des prix infimes. Puis elle achète de l'eau-de-vie, et, seule dans une chambre d'hôtel, elle boit jusqu'à ce qu'elle roule à terre, privée de sentiment. Le lendemain son mari, qui l'a cherchée toute la nuit, la retrouve hébétée et les vêtements souillés. Il la ramène à la maison où l'on redouble de vigilance, mais sans meilleurs résultats; de nouvelles

rechutes se produisent jusqu'à l'époque de l'accouchement survenu du reste à terme et sans accidents.

A peine relevée de couches, Louise ressent de nouveaux symptômes de tristesse et de découragement, toujours accompagnés de malaise avec constriction à l'épigastre et sécheresse de la gorge, et suivis du désir impérieux de boire. Elle résiste d'abord, car elle a conscience qu'une fois sur la pente elle sera entraînée jusqu'au degré de l'abjection. Les avertissements ne lui manquent pas ; on fait bonne garde autour d'elle et cependant elle succombe à la lutte, tous ses efforts concourent à la satisfaction des besoins irrésistibles. Dès lors, les accès se multiplient, ils arrivent à périodes irrégulières, mais peut-être plus particulièrement vers l'époque des règles. Aux excès d'eau-de-vie se joint l'abus de l'absinthe, dont l'effet ne tarde pas à se produire sous forme de secousses musculaires et de vertiges. La famille désolée ne peut s'expliquer l'état de la malade. Cette femme, chaste et réservée dans ses intervalles de sobriété, n'a pas plus tôt commencé à boire qu'elle perd toute pudeur ; pour un verre d'alcool, elle se donne au premier venu. Les cabarets de premier ordre lui servent de refuge, et, c'est au milieu de la population dégradée qu'elle fréquente, qu'elle s'abandonne, avec les prostituées du lieu, aux débauches les plus honteuses. Parfois, elle est obligée de laisser jusqu'à ses vêtements pour solder la dépense qu'elle ne peut payer en argent, et les agents de police doivent la ramasser au milieu de la chaussée gisant à terre dans un état de nudité presque complet.

La crise passée, elle rentre en possession d'elle-même, honteuse et désolée de ce qu'elle a fait, elle promet de ne plus se laisser entraîner. Les résolutions sont sincères et elle se prête docilement à tous les essais qui ont pour but de la détourner de son penchant. On la place dans une maison de commerce, espérant qu'entourée toute la journée d'une affectueuse surveillance, elle n'aura pas la facilité de boire et

rentrera chaque soir tranquillement chez elle où l'attendent son mari et son enfant. Mais, toutes ces précautions sont vaines ; quand l'impulsion se fait sentir, elle invente mille moyens pour boire et recommence à s'enivrer. Après le premier verre, ses plus belles résolutions disparaissent pour faire place à l'assouvissement brutal de ses appétits.

Plus tard, on décide de la conduire chez un oncle, médecin à la campagne. Elle accepte volontiers, comptant trouver une protection plus efficace. Là, en effet, tout est mis en œuvre pour la mettre à l'abri de nouvelles rechutes ; on emploie la persuasion, l'intimidation, la contrainte même, mais saus aucun résultat ; dès que l'accès la prend, elle trompe toute surveillance et recommence à s'enivrer. A une certaine époque, cependant, elle paraît s'amender et l'on obtient un répit de trois mois. Son mari, la croyant guérie, la ramène à Paris où tout le monde la félicite. Mais, dès le premier jour, elle se sent triste et sans entrain, s'occupe sans goût de son ménage et passe une nuit sans sommeil ; le lendemain soir, son mari, revenant de ses occupations, la trouve étendue à terre, souillée par ses déjections et dans l'ivresse la plus profonde. On la replace encore quelque temps chez son oncle, mais sans obtenir d'amélioration appréciable. Revenue à Paris, elle reprend son existence, pour ainsi dire à double face, se conduisant tantôt comme une épouse digne d'estime, soignant avec affection son mari et son enfant, tantôt retournant fatalement aux orgies les plus abjectes.

En janvier 1877, elle part un matin, sans manifester aucun désir que celui de travailler, elle se rend à sa maison de commerce ; prise en route du désir de boire et n'ayant pas d'argent, elle entre au Mont-de-Piété, engage une bague et ne quitte pas les cabarets de deux jours. Ramassée deux fois par la police, elle couche au poste, où son mari la retrouve la seconde nuit, à moitié nue. Tous ses bijoux et la plupart de

ses vêtements étaient encore restés en gage pour solder sa dépense.

Au mois de mai suivant, le même fait se renouvelle. Cette fois, elle reste hors de son domicile quatre jours, pendant lesquels elle s'enivre d'absinthe, sans prendre de nourriture, se rendant furtivement chez les marchands de vin, pour y demeurer jusqu'à l'heure où les boutiques se ferment; poussée à la porte la dernière, elle erre toute la nuit dans les rues, épiant l'ouverture du premier cabaret, afin de demander à sa boisson favorite un peu d'apaisement pour la soif ardente qui la dévore. Le scandale qui se produit autour d'elle amène son arrestation. Quand son mari la retrouve à la Préfecture de police, elle est de nouveau presque nue. Son corset même a disparu, laissé, elle ne sait où, en nantissement de quelques consommations. Son manteau était également resté engagé pour deux verres d'absinthe pris à cinq heures du matin sur la place St-Sulpice. Une autre fois, vers la fin de juillet, se sentant triste, elle sort, avec l'intention de se distraire un peu, en se promenant au square des Batignolles, et prend soin de se faire accompagner par son petit garçon, afin d'avoir plus de fermeté pour résister à ces impulsions; malgré ses précautions, elle boit chemin faisant quelques verres de vin, et, arrivée au jardin déjà troublée, elle confie son enfant à un ivrogne qu'elle a rencontré. Son mari, ne la trouvant pas à la maison, part inutilement à sa recherche, et, vers onze heures du soir, il la voit revenir, accompagnée par un ouvrier complètement ivre comme elle, et qui la ramène de force. Elle craignait en rentrant à son domicile d'être mal reçue et avait arrêté l'ouvrier pour qu'il l'emmenât chez lui. Le lendemain, on la plaçait chez des amis qui pensaient pouvoir la surveiller, mais, l'accès venu, elle s'échappa pour aller boire dans un quartier éloigné où on l'arrêta deux fois en deux jours.

Aujourd'hui, les excès laissent des traces plus profondes et

plus durables. Louise boit jusqu'à ce qu'elle tombe sans connaissance et sans mouvement, elle reste ensuite plusieurs heures dans la prostration et conserve pendant 5 ou 6 jours une hébétude qui la rend incapable de tout travail.

C'est dans ces conditions qu'on l'a conduite à Ste-Anne, où, une semaine après son arrivée, elle était calme, raisonnable et donnait sur son état des renseignements très précis.

Vous la voyez déplorer sa funeste tendance à boire. Elle sait qu'elle aurait pu être heureuse dans son ménage et qu'au contraire ses dérèglements y ont fait entrer la désolation et la misère, son mari ne pouvant suffire seul aux besoins de la maison et aux dépenses exagérées que nécessitent ses excès. Elle indique avec assez de netteté les prodromes qui précèdent les impulsions et l'inutilité de ses efforts pour y résister. Plusieurs fois, se sentant déjà sous l'influence de l'accès, elle est sortie avec son fils, espérant, dit-elle, trouver dans sa présence une garantie contre les tentations, mais c'était en vain ; elle ne pouvait s'empêcher d'entrer, son enfant à la main, dans les débits de vins.

A diverses reprises, elle a eu l'idée de se suicider, de se précipiter dans la Seine ; elle buvait même pour se donner du courage, mais l'eau-de-vie avait pour effet de lui enlever toute énergie. Au lieu de s'en tenir à la faible quantité nécessaire pour produire un peu d'excitation, elle en buvait jusqu'à l'ivresse et l'abrutissement.

Chez tous les dipsomanes, l'impulsion est précédée des mêmes prodromes et se traduit de la même façon, avec cette seule différence que, suivant l'éducation ou l'intelligence du sujet, l'entourage s'aperçoit plus ou moins vite de la maladie. D'ailleurs, quelques-uns d'entre eux déploient beaucoup d'habileté pour cacher cet état aux yeux de tous.

La lutte que livrent plusieurs de ces malheureux, avant de

céder à leur funeste penchant indique, d'une manière très nette, combien ils diffèrent des ivrognes ordinaires. Ceux-ci recherchent les occasions de boire ; le dipsomane, au contraire, commence par les fuir ; il se fait des reproches ; il se fait à haute voix l'énumération des tourments divers qui l'attendent; il cherche à se dégoûter par mille moyens, il souille même parfois sa boisson dans l'espoir de ne pas céder à la tentation ; jamais le buveur ordinaire n'agit de la sorte. Trélat a rapporté une observation très intéressante sous ce rapport :

« Madame N,.. était une personne d'un caractère sérieux. Elle avait eu dans sa vie plusieurs établissements qui ont toujours échoué par la même cause ; habituellement régulière et économe, elle était prise de temps en temps d'accès irrésistibles de monomanie ébrieuse qui lui faisaient tout oublier, intérêts, devoirs, famille, et ont fini par la précipiter d'une grande aisance dans une ruine complète.

« On ne pouvait, sans être pris d'une vive compassion, entendre le récit des efforts qu'elle a faits pour se guérir d'un penchant qui lui a toujours été si funeste. Quand elle sentait venir son accès, elle mettait dans le vin qu'elle buvait les substances les plus propres à lui en inspirer le dégoût. C'était en vain. Elle y a mêlé jusqu'à des excréments. En même temps, elle se disait des injures : « Bois donc, misérable, bois donc, ivrogne, bois vilaine femme qui oublies tes premiers devoirs et qui déshonores ta famille ! » La passion, la maladie était toujours plus forte que les reproches qu'elle se faisait et que le dégoût qu'elle cherchait à inspirer (1). »

Quand il finit par succomber, le dispomane se comporte encore autrement que l'ivrogne ; il se cache, s'isole après être entré furtivement chez le marchand de vins, d'où il s'échappe ensuite tout honteux. Le buveur de profession, au

(1) Trélat, *loc. cit.*, p. 160.

contraire, est bruyant, tapageur, cherche des amis pour aller au cabaret, fait étalage des bouteilles qu'il a vidées et met une certaine gloriole à raconter ses exploits. L'un est aliéné avant de boire, l'autre ne devient aliéné que parce qu'il a bu.

Le récit fait par les dispomanes eux-mêmes de leurs efforts pour résister aux impulsions est des plus instructifs : c'est d'abord pour se remonter et s'aider à supporter la lutte qu'ils boivent le premier verre, en se promettant de s'en tenir là ; ou bien encore pour diminuer le sentiment de chaleur qu'ils éprouvent à la gorge ; mais, dès ce moment, la résistance intérieure est épuisée ; ils ressentent une légère excitation, un sentiment de bien-être passager, de plénitude, une sorte de soulagement à leur état ; rien alors ne peut les arrêter et les voilà maintenant entraînés à précipiter leurs libations. A tout prix, il leur faut leur boisson favorite et rien, sauf la séquestration, ne saurait les retenir.

Nous avons dans le service une malade dont l'examen fera mieux ressortir que toute description l'état moral habituel des dipsomanes, la période de tristesse qui précède chacun de leurs accès, leur lutte avant de succomber, les moyens qu'ils emploient pour satisfaire leur passion, enfin et surtout le remords qui les tourmente après chaque chute nouvelle.

Marie T... femme F...,couturière, âgée de 51 ans, est entrée plusieurs fois à Sainte-Anne; son grand-père maternel s'est suicidé, sa mère, à 40 ans, a été prise de délire mélancolique. La malade, dans un régiment où elle était cantinière, a contracté quelques habitudes alcooliques et buvait un peu d'eau-de-vie par occasions : « le métier le voulait ainsi ». Mais alors elle buvait sans impulsion, uniquement pour ne pas refuser ce qu'on lui offrait ; ce point est important à faire ressortir. A 34 ans, elle se plaignait de crampes dans l'indicateur et le pouce de la main droite et s'apercevait que la sensibilité s'émoussait

dans les mêmes doigts ; il lui fallut apprendre à coudre de l'autre main. On lui appliqua sans résultat des courants induits Deux ans après, elle eut, sans aucun motif, un premier accès de tristesse; elle crut pouvoir le dissiper en prenant de l'eau-de-vie de marc et ne réussit qu'à perdre le sommeil. Ce n'était pas encore à proprement parler un accès dipsomaniaque bien caractérisé, mais, un peu plus tard, cette femme tomba de nouveau dans la tristesse. Elle se sentait anéantie, pleura et se lamenta pendant deux jours comme à l'approche d'un malheur ; un gonflement de l'estomac lui occasionnait des spasmes, et, pour la première fois, elle ressentit un besoin de boire qui, n'étant pas de suite satisfait, devint irrésistible ; elle s'enfuit de la maison pour ne pas se montrer en état d'ivresse à son entourage et courut les cabarets. Prise de honte à la suite de cette fugue, elle se reprocha son inconduite et jura de ne plus recommencer. A partir de ce jour. elle devint relativement sobre par habitude, mais, depuis, elle a par intervalles irréguliers des périodes de mélancolie se manifestant surtout par un sentiment d'impuissance « qui lui coupe bras et jambes » et l'empêche de se livrer à aucun travail ; son estomac lui semble brûlant ; elle a sur la poitrine comme la sensation d'une barre qui l'étouffe. Ces phénomènes sont immédiatement suivis d'un besoin de boire.

L'impulsion la conduit rapidement à des excès dont elle se désole ensuite de bonne foi, mais sans pouvoir résister quand un nouvel accès la prend. Des accidents alcooliques la conduisirent un jour à la Pitié, où la poursuivirent des idées de suicide ; là, elle a tenté à plusieurs reprises de s'échapper de son lit pour aller se rejeter, disait-elle, dans la fosse aux ours du Jardin-des-Plantes ; et, trompant une fois la surveillance dont elle était l'objet ; elle réussit à s'enfuir, enjamba la rampe de l'escalier et se précipita d'un deuxième étage.

Comme elle ne s'était fait presque aucun mal et qu'une voix lui criait de recommencer de plus haut, elle remonta au troisième étage et se préparait encore à se jeter en bas, lorsqu'on intervint. La nuit suivante, elle tentait de s'étrangler avec ses draps ; le lendemain, on la conduisait, pour la première fois, à Sainte-Anne. Elle avait des hallucinations terrifiantes, voyait des serpents, des oiseaux, des chats blancs qui venaient la dévorer, des gens armés qui voulaient la tuer ; on l'injuriait, tout le monde se liguait contre elle.

Depuis 17 mois qu'elle est à Ste-Anne, ce fond mélancolique ne s'est pas modifié. Elle n'a cependant commis aucun excès, bien qu'elle fût chargée de surveiller au moment des repas le vin distribué sur les tables. Plusieurs fois, cependant, elle s'est sentie pousser à vider les verres qu'elle avait sous les yeux, mais, grâce à la surveillance, elle n'a pu boire ; d'ailleurs, elle aurait eu trop honte, dit-elle, de succomber, une voix intérieure lui recommandant la résistance : « On te chassera, lui disait-on, si tu bois. » Nous savons ce que vaut pareille affirmation. Il se produisit, malgré la sobriété de la malade, un phénomène sur lequel nous aurons l'occasion de revenir ; l'équilibre physiologique se trouvant rompu pendant cette période préparatoire de l'accès dipsomaniaque, Marie fut prise au milieu de la nuit d'un acces de délire alcoolique ; elle vit des figures grimaçantes, des ombres chinoises qui gesticulaient sur le mur, des flammes, des étincelles, et elle sentit des mauvaises odeurs. Vous la voyez aujourd'hui dans son état habituel ; elle entend une voix intérieure « qui ne résonne pas à son oreille », mais qui lui dit mentalement : « Tu as beau faire, tu finiras par te tuer, tu es une misérable ; celle qui a commencé à faire le mal finit par se faire du mal. » Enfin, cette femme offre une dernière particularité bien singulière. Quand elle mar-

che avec une autre malade, elle a toujours soin de la placer à droite, car il lui est impossible de sentir quelqu'un à sa gauche. Si elle fixe une lumière de l'œil gauche, la lumière va tomber sur sa tête, tous les objets qu'elle regarde de cet œil se mettent à osciller. Ses artères sont athéromateuses, tous les modes de la sensibilité sout affaiblis à gauche.

Quelles liqueurs choisissent de préférence les dipsomanes ?

Toutes les boissons alcooliques leur sont bonnes, une malade buvait de l'eau de Cologne, la première femme que je vous ai présentée prenait du vulnéraire; vous vous rappelez cette autre qui absorbait, dans ses premiers accès, de la teinture de menthe, et plus tard de l'absinthe ; nous en verrons encore une qui préférait le vin. Un aliéné bien connu du monde médical, le comte de R..., a recours à l'éther qu'il avale sur du sucre ; et, sa mère, qui semble aussi avoir été dipsomane, en respirait par habitude et allait parfois jusqu'à en mettre dans des lavements. Toutefois, beaucoup de dipsomanes ne choisissent pas et s'emparent de toute boisson qui leur tombe sous la main.

Ce n'est pas seulement pendant leurs phases impulsives que les dipsomanes diffèrent des ivrognes ; ils s'en écartent encore un peu dans le délire toxique dont leurs excès alcooliques sont suivis. Tandis que l'ivrogne, qui demande sans cesse du vin, de l'eau-de-vie, du champagne... etc., prend les médicaments qu'on lui présente si on a soin de les lui offrir en les désignant du nom de la boisson qu'il réclame, le dipsomane, au contraire, quand l'impulsion est satisfaite, fuit dès qu'on lui parle d'alcool ou de toute autre liqueur qui lui produit une répugnance insurmontable. Notre première malade ne pouvait, entre ses accès, supporter l'odeur du vulnéraire qu'elle buvait à plein verre en d'autres moments ; des deux

autres dipsomanes actuellement dans le service, l'une ne prend par habitude que de l'eau, du lait, du bouillon et fort peu de vin; l'autre reste, après chaque accès, pendant quelques jours sans vouloir même prendre aucun liquide.

TROISIÈME LEÇON

Impulsions multiples chez le dipsomane.

Sommaire. — Chez le dipsomane avec la fureur de boire, se montrent d'autres impulsions et des obsessions.

Observ. V. — Impulsion au suicide, précédant l'impulsion à boire. Idées de persécution ; idées ambitieuses ; hallucinations bilatérales de caractère différent suivant le côté.

Durée de l'accès de dipsomanie de deux à quinze jours ; durée de l'intermittence de quelques jours à plusieurs mois, parfois même des années. Les accès rapprochés de dipsomanie amènent le délire alcoolique.

Observ. VI. — Les impulsions au suicide précédant les impulsions à boire.

Observ. VII. — Intermittences de huit et quinze mois entre les paroxysmes. Tentative de suicide.

Observ. VIII. — Honte et regrets après l'accès. — P... vole pour se faire arrêter et ne pas boire.

Messieurs,

L'état d'anéantissement et d'épuisement dans lequel se trouvent lès dipsomanes après la disparition des accidents alcooliques ne doit pas être confondu avec la phase mélancolique préparatoire de l'accès ; la prostration dans laquelle ils sont plongés est un peu la conséquence de la fatigue intellectuelle et physique qui s'est emparée d'eux, mais elle tient surtout au désespoir qu'ils éprouvent d'être retombés dans les excès dont ils rougissent. Le repentir les pousse alors à des actes de désespoir dont les suites finissent souvent par devenir funestes. Honteux de leur conduite et des soucis qu'ils causent à leur famille, découragés par une lutte perpétuelle d'où ils sortent

toujours vaincus et plus avilis, ils sont poussés à se donner la mort et expliquent par leurs remords les impulsions au suicide qui viennent s'ajouter à l'impulsion à boire. Certains mettent une telle persistance de volonté dans leurs projets qu'on est sûr qu'ils finiront tôt ou tard par aboutir. Parfois même l'état se complique d'impulsions homicides, qui rendent ces aliénés très souvent dangereux.

Pour bien nous pénétrer de cette idée que le dipsomane peut présenter toutes sortes d'impulsions, nous allons examiner un homme poursuivi par des idées de suicide d'une rare persistance.

Louis H..., sculpteur, âgé de 35 ans, est né d'un père ivrogne qui voulait se suicider et d'une mère hystérique qui, à la suite d'une contrariété, eut, un jour, sous les yeux du malade, une attaque convulsive, suivie de délire avec paroles extravagantes et grossières. Il a toujours eu une tendance à la tristesse, et son chagrin est augmenté par la crainte d'être un enfant naturel; il ne sait comment cela finira, car son esprit est, depuis plusieurs années, hanté par des idées de suicide.

Il a commencé de bonne heure à abuser des boissons spiritueuses; mais il a remarqué qu'il faisait surtout des excès quand ses idées mélancoliques augmentaient. C'est ainsi qu'il explique, par les conditions maladives dans lesquelles il se trouvait par périodes, les tentatives de suicide qu'il a faites et dont voici les principales :

En 1869, étant en garnison à Lyon, fatigué de la vie militaire et ne pouvant se débarrasser d'un insurmontable ennui, Louis se sent poussé à boire et fait pendant deux jours de nombreuses libations d'absinthe à la suite desquelles, n'osant rentrer à la caserne, il se jette dans la Saône. Il en est retiré par deux camarades qui l'avaient suivi sur le bord de l'eau.

En 1871, après la rupture d'un mariage projeté depuis longtemps, il est pris d'un nouvel accès de tristesse qui l'entraîne malgré lui à prendre du bitter, dont il boit une assez grande quantité pendant trois ou quatre jours; peu après, désespéré il se pend au-dessus de la porte de la jeune fille avec laquelle il était fiancé. Quelqu'un arrive assez tôt pour couper la corde.

Quatre ans plus tard, pour un motif dont il ne se souvient même plus, après s'être de nouveau mis impulsivement à boire pendant trois jours, il ferme hermétiquement sa chambre à coucher, allume un réchaud de charbon et tente de s'asphyxier. Un mouvement qu'il fit sur son lit l'entraîna sur le parquet. Le bruit de sa chute attira les voisins qui enfoncèrent la porte et purent le ranimer.

En 1876, il est arrêté par des passants au moment où il enjambait le parapet du pont d'Austerlitz. L'année suivante, poursuivi par les mêmes idées de suicide, il boit cette fois sans y être poussé, mais pour se donner du courage, il se rend dans un établissement de bains avec l'intention bien arrêtée de s'ouvrir les veines dans la baignoire. Le garçon, frappé par son aspect égaré, surprit son dessein et parvint à l'éconduire.

Dans une autre circonstance, il tentait de s'empoisonner avec un mélange d'alcool camphré, de sulfate de zinc, de sel de cuisine et d'eau de goudron, mais l'estomac rejeta presque aussitôt ce breuvage, et le lendemain, son accès dipsomaniaque le prenant, il s'enivrait pendant six jours et faisait ensuite une nouvelle tentative en avalant de l'ammoniaque. Il en fut quitte à assez bon compte, la solution dont il s'était servi étant peu concentrée et sa mauvaise odeur l'ayant empêché d'en prendre une grande quantité.

Ces faits sont suffisants pour établir les dispositions mélancoliques de H... Depuis quelques années, en dehors de

ses accès, son hygiène est mauvaise, car il prend parfois le matin de la soupe au vin, parce que cette nourriture lui est plus facile à préparer. Mais, de temps à autre, une ou deux fois par mois, il se sent plus triste, plus anéanti, plus découragé que de coutume, il perd l'appétit, se plaint de douleur et de constriction à l'estomac ; il lui semble que sa tête va éclater, sa vue se trouble, il voit comme à travers un brouillard, puis, se sentant poussé à boire, il cherche d'abord à résister, lutte quelques heures, mais finit par sortir de l'atelier seul, sous un prétexte quelconque, pour aller chez le marchand prendre un premier verre de vin pur. Il rentre ensuite, se remet à l'ouvrage mais sort encore un instant après et boit un autre verre, puis deux, puis trois, etc., enfin, vers le soir, il achète de l'eau-de-vie qu'il monte dans sa chambre et la place sur sa table de nuit pour l'absorber dans son lit. Voilà bien un véritable accès dipsomaniaque. La nuit qui suit est toujours mauvaise ; le peu de sommeil du malade est troublé par des cauchemars et des hallucinations plus ou moins terrifiantes ; le lendemain, le surlendemain, il reste couché sans boire ni manger. Le troisième jour il se lève, se promène, va déjeuner et reprend son travail et son hygiène ordinaire.

En dehors des efflorescences de délire alcoolique occasionnées par les excès, Louis a quelques idées de persécution ; il se croit souvent suivi dans les rues par des gens qui le menacent de coups de couteau. Parfois, aussi, il entend par l'oreille gauche des injures, des menaces : « Tu n'es qu'un voleur ; viens donc, cochon, que je te frappe, etc. » Par l'oreille droite, au contraire, il ne lui arrive que des choses agréables ; on fait son éloge, on l'encourage ; il entend des paroles affectueuses d'une femme qui l'appelle « mon chéri ». L'oreille gauche est plus fréquemment hallucinée que la droite.

En terminant, je veux vous signaler un dernier fait très grave qui rend ce malade dangereux pour son entourage. Depuis déjà trois ans, il est obsédé par une voix qui le pousse à frapper quelqu'un. Il craint tellement de céder à cette impulsion comme il a cédé aux autres, qu'il n'ose plus jamais toucher à aucun couteau, la seule vue de ces objets lui cause même une impression pénible. Les angoisses de ce malheureux sont éloquemment dépeintes dans ces quelques lignes écrites à sa sœur en un style empreint de la plus entière sincérité.

« Ma chère sœur,

« Je suis étonné de voir que tu n'as pas répondu à la lettre dans laquelle je te demandais l'adresse du père. C'est surtout dans l'ennui où je me trouve que j'ai besoin de consolations et tu m'abandonnes aussi. Il faut que je t'avoue un secret qui est toute ma maladie et qui m'a entraîné à boire, moi qui aurais pu être très heureux avec l'argent que je gagnais. Mais, hélas ! la destinée ne l'a pas voulu ! Ma chère sœur, ce n'est peut-être pas un secret pour vous tous, mais il y a une vingtaine d'années, un jour, en travaillant, le père me frappa et ce jour, dont je me souviendrai toute ma vie, il me dit qu'il n'était pas mon père. Depuis ce jour, un brouillard a passé devant moi, je ne puis le chasser et c'est ce brouillard qui est venu obscurcir mon existence. Je ne vis plus ; je demande chaque jour à l'Etre suprême de changer mon existence ou de me rappeler dans un autre monde meilleur, car je ne puis supporter une pareille vie.

« Mon père ! que je voudrais qu'il m'écrive ! car lui seul peut venir m'apporter une consolation. Il pourra peut-être me chasser l'idée qui me poursuit sans cesse et que lui seul a fait naître en moi, car j'ai toujours eu un bon cœur et la mère a toujours dit que c'était moi qui avais le meilleur cœur. Maintenant, mon cœur souffre de plus, c'est ce qui fait que je me suis mis à boire, non pour l'amour de boire, mais pour chasser l'idée qui me poursuit. Par moments, quand je suis plus triste, je bois encore plus fort, mais alors sans pouvoir m'en empêcher. Je ne sais ce qui m'y pousse alors.

« Je te demande bien pardon de l'ennui que je te cause, mais je t'en supplie, pardonne-moi. Je ne puis t'écrire sans trembler ; quand

je te dis : ma sœur, je sens que je t'aime toujours comme un frère. Je voudrais être débarrassé de l'idée qui fait tout mon mal, être auprès de vous tous et pleurer à mon aise, car ce qui me fait souffrir, c'est de ne pouvoir pas pleurer : mon cœur est trop serré. Je ne veux pas t'ennuyer plus longtemps avec mes peines de cœur ; je souffrirai jusqu'au bout. Si les Prussiens m'avaient au moins débarrassé de la vie ! Mais hélas ! ils n'ont pas voulu de moi ! Je vois que je suis né pour souffrir !

« Je te prie de brûler ma lettre aussitôt que tu l'auras lue ; écris-moi souvent et donne-moi l'adresse du père. Tu feras bien des compliments à Victor et tu lui diras qu'il me pardonne ; il a bien vu que j'étais dérangé quand il est venu à Paris. Je te prie de lui dire de m'écrire ; cela me fera bien plaisir. J'ai besoin de vous tous pour me sauver, car sans cela je ne suis plus un homme ; je ne suis qu'une plante morte. Embrasse bien mes nièces tous les jours pour moi.

« Je termine en t'embrassant du plus profond de mon cœur, car j'en ai un, je le sens trop ce pauvre cœur qui ne cesse de souffrir.

« Bien des compliments à B.., mais ne lui dis pas dans quelle position je me trouve. Bien des compliments à toute la famille de ma part.

« Ton frère qui vous aime tous et que vous délaissez toujours. Il n'y a que toi qui m'oublies le moins. Louis H.

Parmi les nombreuses tentatives de suicide de cet aliéné, il en est qui, en dehors de la prédisposition, paraissent avoir été provoquées par le chagrin et le regret d'avoir commis des excès.

Il n'est guère possible de démontrer plus clairement combien le dipsomane s'écarte de l'ivrogne qui, en général, regrette si peu ses abus de boissons.

Si tous les dipsomanes n'attentent pas à leurs jours, tous manifestent d'une façon ou d'une autre combien ils sont honteux de leur passion : Louise B..., que nous avons vue, se prête dans son repentir à toutes les combinaisons suggérées par sa famille pour seconder ses efforts ; elle se soumet à toute surveillance, entre dans un magasin d'où elle ne bouge pas

dans l'intervalle de ses accès, se rend plus tard chez un parent médecin pour y trouver une protection dont elle sent le besoin. Une femme que nous verrons, plus tard, abandonne plusieurs fois, dans la maison où elle servait comme domestique, sa malle contenant tout ce qu'elle possède, plutôt que d'apparaître devant ses maîtres après avoir été surprise en état d'ivresse ; elle affirme même avoir commis des vols pour se faire arrêter et rigoureusement surveiller.

La durée de l'accès est très variable, il peut s'étendre de 2 à 15 jours ; les retours ne sont soumis à aucune règle ; cependant on peut dire, qu'en général, après avoir commencé par être rares (1 ou 2 par an), ils se rapprochent et finissent par devenir fréquents au point de n'être séparés que par des intervalles de quelques jours. Une malade restait, au début, plusieurs mois sans commettre d'excès, plus tard les rechutes se faisaient sentir tous les 30 ou 40 jours. Il en est de même d'une autre qui, pendant le temps qu'elle passa hors de l'asile, eut des impulsions presque tous les mois. La femme que nous allons interroger, après être restée sobre pendant plus d'un an, en arrive maintenant à boire tous les deux mois ; quelques sujets ne retombent que tous les ans.

Dipsomanie et délire alcoolique. — On a beaucoup trop insisté sur une résistance à l'action de l'alcool, propre au dipsomane. Quoi qu'il en soit, tôt ou tard les conséquences des excès alcooliques, quand la dose est suffisante, finissent par déterminer chez eux, comme chez tout autre individu, un délire toxique dont la durée varie. Aucun des malades que nous avons vus ou qui nous restent à voir n'y a échappé, et l'on peut même dire que le délire a été la principale cause de leur entrée à l'asile. L'ivresse, qui, au début, accompagne seule les accès, ne laisse d'abord pas de traces de son passage, mais, plus tard, quand les crises se rapprochent et que l'alcool agit

d'une façon plus continue, les hallucinations, le délire se développent à leur tour, et, comme pour les autres formes mentales, après avoir joué le rôle d'excitant, l'alcool imprime son délire spécial, si bien que le dipsomane se présente à l'asile avec du délire alcoolique seul ; ce n'est qu'après la disparition des accidents aigus que l'on retrouve le fond maladif principal. Quoi qu'il en soit, ce sont là des exemples de la coexistence chez le même sujet de deux états différents, dipsomanie et délire alcoolique, dont l'un est cause de l'autre (1).

L'observation suivante est des plus démonstratives sous ce rapport. « La malade D..., femme V..., 57 ans, chemisière, entre à Sainte-Anne le 10 octobre 1869, accompagnée du certificat médical suivant : Alcoolisme, hallucinations terrifiantes ; angoisses ; insomnie. »

« En arrivant, D. est agitée, parle, crie, a peur ; elle entend des assassins qui veulent la frapper ; elle aperçoit à côté d'elle les têtes des victimes de Pantin ; elle se croit couverte de vermine et secoue ses vêtements ; elle entend la voix de ses parents ; l'on frappe autour d'elle, etc. Les mains sont tremblantes ; la langue blanche et la région épigastrique douloureuse. La nuit se passe sans sommeil, les hallucinations sont incessantes. Au bout de cinq jours, le délire a disparu la malade est triste, abattue, mais elle est tranquille et s'occupe dans la journée ; le soir, le sommeil est encore mauvais et troublé par des cauchemars.

« Voici maintenant ce que disent les renseignements : Depuis une trentaine d'années, à certaines périodes, la femme V... devient triste, ne s'intéresse à rien, se sent faible, incapable de tout travail, dort mal, n'a plus d'appétit, éprouve un

(1) Magnan, — *De la coexistence de plusieurs délires de nature différente chez le même aliéné.* In *Archives de Neurologie*, 1880, page 57.

malaise à l'estomac qui augmente à la vue des aliments ; elle a une soif ardente et se met à boire du vin la première journée. Le lendemain, elle prend une bouteille chez elle, la cache en descendant les escaliers, va la remplir chez le marchand de vin, rentre rapidement chez elle et s'enferme ; elle boit jusqu'à ce qu'elle tombe. Dès que l'ivresse commence à passer, elle se hâte de boire, et cela pendant plusieurs jours. Après l'accès, elle se fait des reproches, a horreur d'elle-même et reprend sa vie régulière et ses habitudes de sobriété. Ces accès au début étaient séparés par des intervalles de quinze à dix-huit mois ; ils se sont rapprochés actuellement et ne laissent plus entre eux que des espaces de 3 à 4 mois. Il y vingt ans, la femme V... a tenté de se noyer dans le canal Saint-Martin, au début d'un de ces accès de dipsomanie.

Pendant longtemps, à l'époque où les accès de dipsomanie étaient séparés par des intervalles de dix-huit mois, l'ivresse seule accompagnait les accès dipsomaniaques ; plus tard, quand ceux-ci se sont rapprochés et que l'alcool a pu agir d'une façon plus continue, les hallucinations et le délire se sont développés à leur tour (1). »

Hortense B..., que je vous présente, exerce la profession de cordonnière, elle est âgée de 53 ans, son père s'est suicidé en se précipitant dans une mare. Elle prétend être restée jusqu'à 40 ans sans faire d'excès de boissons. Mariée à 20 ans, une première fois, elle est demeurée veuve après huit mois de mariage. De 21 à 27 ans, elle se rappelle avoir souffert d'accès intermittents de gastralgie suivis de vomissements.

A 31 ans, elle s'est remariée ; les affaires marchant mal, elle a fait des pertes d'argent qui l'ont vivement affectée.

En 1869, elle but de temps à autre par occasion, quand on

(1) Magnan. — *De l'alcoolisme, des diverses formes du délire alcoolique et de leur traitement.* Paris, 1874, p. 257.

l'y invitait, en allant vendre des chaussures, et se mit ainsi quelquefois en état d'ivresse.

C'est seulement en février 1871, pendant le siège de Paris, qu'apparaissent des troubles assez graves pour avoir fixé son attention. Elle éprouvait alors des maux de tête et des douleurs à l'estomac, elle ressentait une pression sur le dos et à l'épigastre « comme si on y enfonçait le poing ». Les aliments lui répugnaient, son sommeil était agité, etc... A cet état physique correspondaient au moral, le découragement, l'inquiétude, la tristesse. Elle avait des scrupules bizarres, s'imaginant, par exemple, que son mari, incriminé dans les affaires de la Commune, s'était compromis à cause d'elle. Tout l'ennuyait ; un rien l'exaspérait et l'image de la mort, qu'elle entrevoyait comme une heureuse délivrance, la poursuivait sans cesse.

C'est dans ces conditions qu'elle sentit pour la première fois un besoin irrésistible de boire : elle absorba du vin d'abord, puis de l'eau-de-vie « sans parvenir à se désaltérer ». La conséquence de ses excès ne se fit pas attendre, et, au bout de quelques jours, elle eut un accès de délire alcoolique avec hallucinations de l'ouïe et de la vue ; les scènes les plus terribles de la Commune lui apparaissaient ; elle voyait des morts, des ombres, des figures ; elle entendait le bruit des coups de fusil. Parfois aussi, il lui semblait que, dans la rue, tout le monde la regardait et lui lançait des injures. La vie lui devint insupportable et c'est à la suite d'une tentative de suicide par le charbon qu'elle fut conduite à Saint-Anne le 20 janvier 1872, en plein délire toxique. Envoyée à la Salpêtrière, elle fut mise en liberté après 3 mois de séjour.

Elle reprit son travail et resta sobre pendant quatorze mois environ. Mais bientôt, en juillet, prise d'un accès mélancolique analogue au précédent, elle se remit encore à boire impulsivement plusieurs jours de suite. Renvoyée à Sainte-Anne

pour délire alcoolique, elle ne présentait plus, après quelques semaines de repos, que des idées mélancoliques sans hallucinations, mais elle conservait toutefois une tendance marquée au suicide.

Après une sortie de l'asile, elle eut 8 mois de répit : mais l'arrestation de son mari la plongea dans un profond chagrin ; elle se sentit alors poussée à boire, et, après quelques jours d'excès, elle fut prise de délire alcoolique. Dans ses hallucinations, elle voyait un boucher armé d'un couteau qui voulait la dépecer, elle apercevait des figures grimaçantes, des sergents de ville qui la mettaient en joue, elle se figurait qu'on l'accusait d'un assassinat. Un soir, elle alla même porter plainte au commissaire de police, lui déclarant que, dans sa maison, on avait tué la fille du concierge. Amenée à Sainte-Anne le 14 août 1874, elle fut transférée à la Salpêtrière où elle passa 10 mois. Elle put reprendre plus tard ses occupations, et, dans les quatre années qui suivirent, elle resta pendant des périodes de 6, 8 et 15 mois, sans avoir ni d'accès mélancolique, ni d'impulsions. Quand celles-ci survenaient, à des délais intermittents, elles étaient, comme précédemment, accompagnées du même sentiment d'impuissance et de tristesse. Ces abus de boissons, quoique plus rares, fatiguaient la malade et provoquèrent des vomissements dont elle eut beaucoup de peine à se débarrasser.

Le 14 octobre 1878, Hortense fut amenée pour la 4e fois à Sainte-Anne, toujours pour un délire alcoolique. Son état s'améliora rapidement, et, au bout de deux mois, elle put être rendue à son mari. On la conduisit à la campagne où elle passa plusieurs semaines tranquille, mais, à son retour, en janvier 1879, elle eut encore une période de tristesse. Elle lutta cette fois pendant plus d'une semaine contre son impulsion, mais finit par céder. Le délire alcoolique qui s'ensuivit eut pour résultat une tentative de suicide. Elle chercha à

s'empoisonner avec du laudanum pour fuir les ennemis qui la menaçaient ; une voix qui l'injuriait sans cesse lui disait de se tuer.

Conduite à l'Asile pour la 5e fois, la malade était, à son arrivée, sous le coup d'un délire alcoolique avec hallucinations pénibles. La nuit, elle entendait sa mère, morte depuis longtemps, qui lui reprochait sa conduite et l'appelait. « Viens donc avec moi, tu seras plus heureuse, disait la voix ». A côté de sa mère toute vêtue de noir, elle apercevait un rocher couvert de grenouilles. Après quelques jours de traitement, son état s'est de nouveau amélioré. Elle a maintenant honte de sa conduite et s'en montre profondément attristée, elle explique très bien ses sensations. Avant d'être poussée à boire, elle passe par une période de lassitude et d'impuissance ; le courage lui manque pour vaquer aux occupations de son ménage ; elle se sent faible et il lui semble qu'en buvant, elle sera mieux. L'eau-de-vie lui est désagréable et lui « brûle l'estomac », mais elle ne peut s'empêcher d'en boire un premier verre. Après celui-ci, sa volonté est abolie, elle ne peut plus lutter contre ses impulsions et elle boit jusqu'à l'ivresse complète. Malgré une sensible amélioration, son sommeil est parfois troublé par des hallucinations ; elle assiste à des incendies et voit des feux follets autour d'elle. Il est à craindre que de semblables hallucinations ne persistent longtemps encore, comme elles persistent chez les buveurs ordinaires, quand ils n'en sont plus à leurs premières intoxications.

En dehors de leurs périodes impulsives, les dipsomanes se comportent parfois comme de véritables ivrognes et se soumettent à une mauvaise hygiène. Dans ces cas, les excès répétés peuvent finir par provoquer les symptômes de l'alcoolisme chronique. Mais il est toujours facile de s'assurer si l'aliéné boit par impulsion ou par habitude d'ivrogne ; quand il

boit en désœuvré, par simple distraction, il se comporte comme l'ivrogne ordinaire et entraîne les amis à l'occasion ; quand, au contraire, il boit poussé par la maladie, il s'isole de son entourage, se cache, emporte son vin dans sa chambre et en avale coup sur coup plusieurs verres, après avoir pris la précaution de se renfermer. Du reste, l'impulsion à boire est toujours précédée d'une phase dépressive.

La plupart, dans l'intervalle de leurs accès, sont rigoureusement sobres et quelques-uns ne peuvent, comme on l'a vu, sentir l'odeur des boissons alcooliques. Quand la honte et le repentir ne les poussent pas au suicide, ils font des efforts pour mener une vie régulière et espèrent chaque fois ne plus retomber. Leur conviction est des plus sincères, car il la manifestent de toutes les façons. La dernière malade que nous verrons, écrivait avec son sang la promesse de ne plus boire. Cette autre déplorait son état en des termes trop pleins de repentir et empreints d'une trop grande sincérité pour ne pas être rappelés.

Pauline H..., domestique, est âgée de 52 ans. Son père avait des habitudes d'ivrognerie. Elle-même a commencé à se livrer à la boisson dès l'âge de 26 ans. Dans les premiers temps, elle ne buvait qu'à de longs intervalles et sous l'influence d'impulsions passagères, puis elle restait des mois entiers sans commettre d'excès; mais, peu à peu, les accès se rapprochèrent, et, quoiqu'elle comprit très bien les conséquences déplorables de son intempérance et qu'elle s'en fît des reproches, elle finissait toujours par céder au besoin de boire; toutefois, honteuse d'être vue, elle achetait en cachette de l'eau-de-vie qu'elle buvait solitairement dans sa chambre. Quand elle était surprise en état d'ivresse, sa confusion était si vive qu'elle quittait la maison où elle servait, et souvent même, n'osant plus se présenter, elle préférait abandonner tout ce qu'elle possédait.

Elle finit par se trouver sans place et tomba dans la misère. N'ayant pas d'asile, elle prétend avoir volé un panier de fraises aux Halles dans l'intention expresse de se faire arrêter. Pour ce fait, elle subit deux mois de détention à St-Lazare. A sa sortie, se retrouvant dans la même situation et ne sachant que devenir, elle dit avoir volé une paire de souliers à un étalage, également pour se faire arrêter. Elle fut condamnée à un emprisonnement, de six mois qu'elle passa encore à St-Lazare. Elle affirme que, dans les deux cas, elle a agi de dessein prémédité et qu'elle savait ce qu'elle faisait; néanmoins, il est possible après tout que ces deux actes n'aient été que le résultat d'une impulsion qu'elle n'a pas pu réprimer.

Pauline est entrée à Sainte-Anne pour la première fois en 1873, à l'âge de 43 ans. Elle avait été arrêtée pour coups portés à des gardiens de la paix. Dans un accès de délire alcoolique, elle se figurait que ceux-ci lui faisaient des propositions déshonnêtes et la poursuivaient. A son arrivée dans le service, elle était sous l'empire d'hallucinations terrifiantes. Elle voyait des chats, des tigres, des serpents aux yeux flamboyants qui s'élançaient sur sa poitrine, des hiboux qui ne la quittaient pas du regard; elle entendait aussi des injures: on la traitait de pétroleuse. Elle présentait en outre du tremblement des mains, de la céphalalgie, des crampes dans les membres, et elle était affectée de vomissements pituitaires. Après un séjour prolongé, elle put être rendue à la liberté.

En 1877, elle est conduite pour la seconde fois à Sainte-Anne, dans un accès de délire alcoolique avec hallucinations très pénibles. Elle croit assister à des scènes de vol; elle voit des assassins qui se précipitent sur ses frères, des maisons incendiées remplies de cadavres qui brûlent, des bêtes féroces qui veulent la dévorer. Envoyée à la Salpêtrière, elle y resta neuf mois.

Quinze jours après sa sortie, elle était ramenée à Sainte-

Anne pour la troisième fois. Après huit mois de traitement dans le service, elle sortit au commencement d'octobre 1878.

A peine libre, elle se sent entraînée encore une fois, malgré sa résolution très sincère de ne plus boire d'alcool et les promesses formelles qu'elle m'adressait dans une lettre que je fais passer sous vos yeux.

Dimanche, 2 heures.

Monsieur... Je suis si honteuse d'être ici pour un vice aussi honteux et aussi dégradant, que, quand vous me faites appeler, je ne trouve plus un mot à vous dire ; cependant, Monsieur, la bienveillance avec laquelle vous m'avez accueillie me fait un devoir de vous parler avec franchise. Vous m'avez demandé, Monsieur le Docteur, ce que je ferai en sortant de Sainte-Anne ; j'ai bien réfléchi : le monde pour moi maintenant n'a aucun attrait ; ici, tous les jours, je vois un si grand dévouement pour les malades que, moi aussi, je veux m'employer à leur soulagement, quand je devrais voir tous les hospices, n'importe quel emploi ; là, au moins, je serai à l'abri de toute rechute.

Ne croyez pas, Monsieur, que tout bon sentiment soit perdu en moi. Oh non, Monsieur ! je veux me retirer du précipice dans lequel je suis tombée et reprendre la bonne voie en résistant à cette malheureuse passion qui me prend *tout à coup*.

Je vous garderai, en souvenir de vos bons soins, d'abord une reconnaissance sans bornes et vous promets ensuite la fuite de ce vice ignoble et repoussant auquel je ne puis penser sans rougir, vice qui est cause que je me suis éloignée de ma famille et de toutes les personnes qui m'entouraient de leur affection et de leur estime. Oui, Monsieur, je veux revenir digne de ma famille et reprendre une vie que je n'aurais jamais dû quitter. Mais, je vous assure qu'il n'y a pas de ma faute.

L'intérêt que vous portez à vos malades vous fait sans doute vous demander, Monsieur, quelles sont mes ressources ; les sœurs ont été assez bonnes pour m'occuper au repassage depuis quatre mois, j'aurai donc un petit pécule qui suffira à mes premiers besoins.

Recevez à l'avance, Monsieur le docteur, mes remerciements respectueux et reconnaissants. PAULINE H...

Sa sortie fut signée ; mais, peu de jours après, elle va chercher de l'eau-de-vie et recommence son empoisonnement.

Parfois, elle a des retours sur elle-même, elle s'adresse des injures et cherche de toute sa volonté à s'arracher à cette impulsion néfaste, mais elle résiste vainement. Elle est arrêtée à Notre-Dame-des-Victoires où elle était entrée, dit-elle, pour prier le ciel de la délivrer de ses funestes habitudes. Mais, depuis quelques jours déjà, elle voyait des animaux, des assassins ; elle entendait la voix du médecin qui lui disait partout : « Pauline, à Sainte-Anne ».

A sa dernière entrée dans le service, elle avait encore un délire alcoolique avec hallucinations. Elle voyait Saint-Joseph malade et courait de tous les côtés pour lui chercher un médecin. Des bêtes noires la terrifiaient (1). Elle apercevait des chiens, des serpents, des reptiles portant de l'herbe dans la bouche. En même temps, elle entendait des voix menaçantes qui l'injuriaient et lui annonçaient la mort de ses parents. Ses mains étaient agitées d'un tremblement qui, incomplètement disparu, prédomine du côté gauche ; la pituite l'incommode encore chaque matin.

Depuis quelques temps, le sommeil est revenu et la santé générale s'est améliorée. La malade s'occupe d'une façon régulière et pourra plus tard être rendue à la liberté. Elle promet comme toujours, de la façon la plus formelle, d'avoir dorénavant plus de force et de courage pour résister. Mais, sachant que ses impulsions sont indépendantes de sa volonté, nous ne serons pas surpris de la voir revenir.

(1) Une autre fois déjà, son délire hallucinatoire s'était manifesté sous une forme analogue : Pendant qu'elle vivait au dehors, elle était venue à l'asile pour me supplier de me rendre avec elle près de Saint-Joseph, qu'elle avait aperçu vomissant dans son lit. B.

QUATRIÈME LEÇON

État mental du dipsomane. — Dégénérescence. — Syndromes épisodiques variés.

Sommaire. — Dégénérescence intellectuelle ; défaut d'équilibre ; impulsions ; obsessions.

Observ. IX. — Tentative de suicide à neuf et à seize ans ; plus tard, besoin irrésistible de boire de l'éther.

Observ. X. — Délire mystique d'emblée. Onanisme ; impulsions au suicide, plusieurs tentatives ; impulsions à l'homicide ; impulsions à boire ; vains efforts pour ne pas succomber : rhubarbe, pétrole, matières fécales introduites volontairement dans les boissons.

Appétit irrésistible pour d'autres substances que les boissons spiritueuses : éther, chloroforme, opium.

Messieurs,

L'état mental de beaucoup de dipsomanes semble tel, dans l'intervalle des accès, qu'on les croirait à tout jamais guéris si l'on s'en tenait à un examen supeficiel. Leur lucidité conduit volontiers à une appréciation erronée de l'état de leurs facultés. Cette apparence, nous l'avons dit, a pu faire considérer la dipsomanie, par quelques aliénistes des plus éminents, comme une sorte de délire partiel, une véritable monomanie. Mais, si l'on interroge avec soin toute la vie des dipsomanes, on s'aperçoit bientôt qu'il n'est pas nécessaire de créer pour eux une maladie spéciale, dont le caractère principal serait un entraînement irrésistible pour les boissons fermentées.

Il est toujours possible, grâce à l'observation attentive des

faits pathologiques, grâce à l'étude de leur enchaînement, de leurs dépendances réciproques, de rattacher les tendances dépravées pour les boissons alcooliques à leur véritable cause génératrice. Cette cause n'est autre qu'une prédisposition héréditaire.

Les actes de toute la vie des dipsomanes ne sont-ils pas là pour démontrer que toujours ils se comportent et réagissent comme se comportent les individus mal équilibrés? — Mais ils ne sont aliénés, dira-t-on, que quand leur accès les prend. — Erreur, car les dipsomanes présentent une foule d'autres penchants qui en font des êtres instinctifs ayant toutes sortes de mauvaises tendances, dont l'objet varie, suivant l'éducation qu'ils ont reçue, le milieu dans lequel ils vivent et dont la nature essentiellement maladive n'est plus à démontrer. Ce sont des penchants au vol, au suicide, à l'homicide, à l'érotisme, etc., qui se produisent successivement ou simultanément chez ces prédisposés ; c'est peut-être le hasard seul qui décidera de la direction que prendra, sous l'influence d'une cause accidentelle, leur disposition maladive, mais aucun n'échappe à la loi commune et tous sont sujets à des impulsions de même nature, quoique de forme différente !

Presque tous, pour ne pas dire tous, comptent des aliénés dans leurs ascendants; beaucoup, dès leur enfance, ont déjà présenté des particularités d'esprit ou de caractère qui les ont fait distinguer des autres enfants du même âge, élevés dans la même condition sociale! Une buveuse d'éther qui venait à la consultation gratuite racontait, qu'étant en pension, elle avait fait deux tentatives de suicide, la première à 9 ans, parce qu'on l'avait punie injustement (précipitation par la fenêtre d'un premier étage) ; la seconde à 16 ans, parce qu'on l'avait séparée d'une de ses amies (avait bu une macération d'allumettes chimiques). Quand sa famille la contrariait, elle avait pour habitude de se planter des épingles sur le corps pour

tâcher, disait-elle, de faire de la peine à ses parents qui craignaient toujours de la voir s'ouvrir les veines.

Le développement physique des dipsomanes présente aussi quelquefois, dans l'enfance, des particularités maladives à signaler : une apparence trop précoce ou au contraire une apparition trop tardive de l'intelligence ; certains phénomènes nerveux, convulsifs, choréiques ou autres, qu'on retrouve dans les observations citées par les différents auteurs.

Il n'est pas rare de constater aussi certaines manifestations hystériques, ce qui s'explique d'autant mieux que la dipsomanie est plus fréquente chez la femme que chez l'homme.

On peut dire des dipsomanes que, s'ils ne délirent pas continuellement, ils tiennent constamment un pied dans le domaine de la folie, et, si la dipsomanie est une affection paroxystique, elle est bien plutôt rémittente que franchement intermittente. Sans doute, le sujet est tout à fait différent de lui-même suivant qu'on l'observe dans une période paroxystique ou une période de rémittence ; mais beaucoup, même dans leurs intervalles lucides, se conduisent en véritables aliénés. La plupart sont mal équilibrés, conservent un caractère fantasque, emporté, avec tendance à la tristesse ; ils se montrent exagérés en tout ; à peu d'exceptions près, ce sont des fous raisonnants, des héréditaires, des mélancoliques impulsifs Pour s'en convaincre, il suffit de les interroger. La malade qui viendra dans un instant va nous en fournir la preuve ; vous verrez qu'il n'est pas possible d'imaginer une existence plus dramatique et plus bouleversée que celle de quelques-uns de ces malheureux.

La malade que je vous présente, Eugénie M..., femme B..., est une institutrice âgée de quarante-huit ans ; son père était ivrogne et s'enivrait surtout avec du vin blanc ; sa grand'mère maternelle s'est noyée ; elle a deux frères en bonne santé. Sa

première jeunesse se passa sans maladie et sans incidents dignes d'être rapportés.

En 1850, à l'âge de 20 ans, elle se sentit irrésistiblement attirée vers la vie religieuse, et, après maintes supplications, finit par obtenir de sa famille la permission d'entrer dans un couvent de Carmélites, où elle se livra avec ferveur à toutes les exigences rigoureuses de la vie monacale, se nourrissant mal, pratiquant le jeûne et l'abstinence, dormant peu et passant une partie de ses nuits à s'administrer la discipline. Sous l'influence de ce régime, son imagination, naturellement fantasque et attirée vers le merveilleux, lui fit espérer et entrevoir la céleste béatitude qui serait un jour la récompense d'un si beau zèle ; mais, elle s'en crut d'abord indigne et redoubla de ferveur pour devenir enfin un sujet que la Supérieure donnait en modèle aux autres religieuses qui s'exerçaient à l'imiter.

Un jour, pendant une prière, elle eut une première hallucination : il lui semblait voir au milieu de la nuit des anges pénétrer dans sa cellule pour l'encourager. Cette contemplation ne tarda pas à la faire tomber en une extase qui dura plusieurs heures, car ses compagnes la trouvèrent encore en cet état le lendemain matin.

Au milieu des anges, Eugénie raconte qu'elle vit bientôt apparaître l'image d'une autre religieuse dont l'extrême douceur du regard lui produisait une indéfinissable impression. Peu à peu, les têtes d'anges disparurent de la vision et l'extase se produisait devant les seuls traits de cette compagne du couvent.

Dire qu'à partir de ce jour les deux femmes se recherchèrent serait superflu. Il s'en suivit en peu de temps une étroite affection « qu'elles se communiquèrent par les yeux », car elles n'osaient se parler et passaient des journées entières à se regarder.

Mais cette affection ne resta pas dans les bornes étroites du mysticisme qui l'avait vu naître. Sans vouloir insister sur plus de détails et rapporter toutes les phases successives traversées par la passion de ces deux femmes, j'ajouterai seulement qu'elles se firent à la dérobée leurs confidences, que les peines et les espérances de l'une devinrent les peines et les espérances de l'autre. Après ces provocations mystiques Eugénie et l'autre carmélite s'abandonnèrent à de mutuelles caresses, et, à partir de ce jour, se livrèrent à l'onanisme.

Trente ans se sont écoulés depuis et cependant, encore aujourd'hui, Eugénie, qui ne s'est décidée qu'à son dernier passage dans le service à nous avouer cette partie de son histoire, éprouve, quand elle la raconte « des choses qui, suivant son expression, la mettent hors d'elle-même. » — « C'est un remords mêlé de honte qui lui cause un certain plaisir. » « Vous ne sauriez croire, nous disait-elle un jour, combien il est pénible d'avoir à se reprocher le souvenir le plus agréable de sa vie ».

A la suite de ces pratiques, elle crut avoir trouvé définitivement sa voie et s'enfuit un jour du couvent dans l'espoir de rencontrer un mari. Mais tout ne marcha pas au gré de ses désirs: l'homme qu'elle avait rêvé se fit attendre et bientôt elle regretta la vie qu'elle venait de quitter. Peu après, elle manifesta des scrupules au sujet de ses vœux rompus; ses regrets se changèrent en remords ; elle se reprocha amèrement la mauvaise inspiration qui l'avait poussée à s'enfuir du couvent et tomba dans le désespoir. Il fut vers cette époque question d'un mariage qui se rompit; ne pouvant surmonter le chagrin qu'elle en éprouva, elle s'enferma dans sa chambre et chercha à s'asphyxier à l'aide du charbon. On arriva assez à temps pour ouvrir les fenêtres et pour la rappeler à la vie. Malgré cette tentative, elle trouva à se marier, mais ne rencontra pas dans le mariage tout le bonheur qu'elle en espérait.

En 1858, ayant éprouvé de nouvelles contrariétés, elle commença à boire, espérant oublier ainsi ses chagrins domestiques. Elle invoque comme excuse la conduite de son mari qui, l'ayant emmenée en Espagne, où l'appelaient ses affaires, l'aurait délaissée pour prendre une maîtresse. A cette époque déjà, il lui suffisait d'une très petite quantité de vin pour s'enivrer: deux ou trois verres « la mettaient hors d'elle-même. » Et alors, s'excitant peu à peu, elle injuriait son entourage, cherchait à faire du scandale et frappait son mari ; il lui arriva même de le frapper brutalement au milieu d'un grand repas où assistaient plusieurs personnes.

Eugénie se rend très bien compte de son état, et on remarque que déjà, alors, elle se sentait quelquefois poussée à boire par un irrésistible besoin, mais qu'il s'écoulait fréquemment plusieurs jours sans qu'elle en éprouvât le moindre désir. Dans les moments de répit, il lui semblait même que ce besoin ne se ferait plus jamais sentir, et cependant, malgré les plus fermes résolutions, elle ne tardait pas à céder de nouveau à ses impulsions. Au début de l'accès elle était triste, découragée, irritable, se sentait prise d'un grand anéantissement, puis la tête devenait douloureuse, son estomac lui donnait la sensation d'un resserrement. Elle étouffait. Tout lui faisait mal. C'est alors qu'il lui fallait se remonter, et, qu'oublieuse du scandale auquel ses accès donnaient lieu, quels que fussent les moyens employés pour se dégoûter, elle se remettait à boire « pour se donner du courage ». Toute boisson alcoolique lui était bonne : vins, eau-de-vie, absinthe, vulnéraire, eau de Cologne même, peu lui importait. A plusieurs reprises, il lui arriva de mettre des substances malpropres et insalubres dans ce qu'elle se sentait poussée à boire, telles que matières fécales et pétrole : rien ne l'arrêtait. Sous l'influence d'excès répétés, les impulsions au suicide ne tardèrent pas à s'exagérer et elle chercha plusieurs fois à se détruire. Plus tard,

vinrent des idées de meurtre : elle voulut tantôt étrangler son mari, tantôt le frapper à coups de couteau. Parfois même, comme elle l'a avoué depuis, elle eût l'idée de tuer des personnes contre lesquelles elle n'avait en réalité aucune haine.

En 1868, le mari désolé, découragé, et craignant, d'autre part, qu'elle ne résistât pas toujours au désir de le tuer, se décida à quitter l'Espagne et partit brusquement pour l'Australie, d'où il ne donna plus signe de vie. Restée seule, Eugénie revint à Paris, à la recherche de l'infidèle qu'elle croyait y rencontrer. Là, ses frères lui apprirent la vérité, puis l'aidèrent et de leur bourse et de leurs conseils pour la faire changer de conduite. Ne pouvant s'entendre avec eux, elle les quitta et vécut d'abord seule, afin de pouvoir boire librement si le besoin s'en faisait encore sentir, ce qui ne tarda pas à avoir lieu. La misère s'en suivit; une nourriture insuffisante et une mauvaise hygiène augmentèrent ses prédispositions morbides et les intervalles de sobriété devinrent de moins en moins fréquents et de plus en plus courts; les accès toujours précédés des mêmes phénomènes mélancoliques se répétant, elle but encore davantage, s'intoxiqua progressivement et finit par présenter tous les symptômes du délire alcoolique. Sous l'influence d'hallucinations terrifiantes, elle voulut se jeter dans le canal St-Martin; un passant la retint et la fit arrêter. C'est à la suite de cette tentative de suicide qu'elle entra pour la première fois dans le service, où elle fut traitée pendant plusieurs mois.

A sa sortie, il lui semblait que la guérison était complète; mais fatalement, au bout de quelques jours, elle se sentait poussée à boire. Un soir, ses frères, passant devant la boutique d'un marchand de vins, voient la foule amassée; ils s'avancent, et dans une femme complètement ivre, se roulant dans le ruisseau, ils reconnaissent leur sœur. L'un d'eux s'approchant alors, lui glissa dans la poche un billet ainsi

conçu : « Si tu as du cœur, demain tu disparaîtras pour l'honneur de la famille. » Aussitôt après la lecture de cette lettre, Eugénie se dirigeait vers la Seine et s'y précipitait. On put l'en retirer à moitié asphyxiée. Le lendemain, elle se faisait avec un rasoir une plaie profonde à la face antérieure des bras, croyant, disait-elle, s'ouvrir les veines. Dans une autre circonstance c'est à l'eau de cuivre qu'elle eut recours pour se suicider : elle en avala une certaine quantité, mais ne réussit qu'à se donner une gastrite suivie de vomissements pendant trois mois ; elle ne discontinua pas ses excès, malgré les douleurs intolérables que lui causait l'ingestion des boissons alcooliques.

Eugénie s'est fait arrêter un nombre considérable de fois pour ivresse manifeste. On la conduisait au poste où elle couchait; le lendemain, sa lucidité revenue on la rendait à la liberté. Il lui arrivait fréquemment d'errer à l'aventure pendant un ou deux jours, sans manger, parce que rien ne pouvait passer; puis, elle se réfugiait dans sa chambre pour boire ce qui lui tombait sous la main.

Aux accès de tristesse s'ajoutèrent bientôt de nouvelles hallucinations terrifiantes; des fantômes la poursuivirent, il lui sembla voir l'ombre de sa mère, qui, à l'instigation de ses frères, lui reprochait sa mauvaise conduite. Un jour, obsédée par ces visions, elle boit de l'absinthe pour se donner du courage, s'arme d'un couteau, se rend chez celui de ses frères qui lui avait écrit le billet et cherche à le tuer pour se venger. On l'arrête, et pour la seconde fois on l'amène à Ste-Anne, le 15 novembre 1876.

A son arrivée, Eugénie avoue ses impulsions homicides contre son mari et contre ses frères ; elle sanglote, déplore son état. « Je raisonne, dit-elle, et pourtant il n'y a pas plus folle que moi. » La société lui fait horreur. A l'abri des excès, elle s'améliore promptement, tout en présentant parfois de

courts accès mélancoliques et même des idées de suicide qui ne durent, du reste, que fort peu de temps ; pendant ses intervalles lucides, elle est raisonnable, laborieuse et promet de ne plus boire. De Ste Anne, on l'envoie à l'asile de Vaucluse, d'où elle sort, à la fin de 1878, pour passer encore trois semaines dans la maison de convalescence de Grenelle. Le 15 octobre, elle se trouve enfin entièrement libre.

Peu de jours après sa sortie, il se produit un nouvel accès. Eugénie se remet à boire, les nuits ne tardent pas à redevenir mauvaises et de nouveau elle entend des reproches et même des menaces que lui font des fantômes; elle voit des flammes, des incendies ; on la poursuit à coups de fusil. Sachant parfaitement à quoi attribuer son état, elle s'efforce de résister, par tous les moyens possibles, à l'impérieux désir de boire, passe ses journées dans les églises pour prendre courage, prie avec ferveur, mais, quoi qu'elle fasse, elle ne peut lutter efficacement, et, au sortir de l'église, elle entre chez le marchand de vins. Les hallucinations redoublent sous l'influence de ses libations, et, enfin, une nuit, n'y pouvant plus tenir, honteuse de sa conduite, épouvantée par les voix qui la poursuivent, elle se lève, quitte son domicile et va s'agenouiller sur les marches de l'église de la Trinité, où on l'arrêta à une heure du matin.

Revenue à Ste-Anne, le 11 novembre 1878, elle offre encore du délire toxique avec tout le cortège des hallucinations terrifiantes. Elle se rend cependant assez bien compte de sa situation, pleure, cherche à s'excuser et demande à ne pas être interrogée, car elle a honte de sa conduite. « Ce n'est pas de sa faute, sa maladie la rend bien malheureuse ». Dans la rue, tout le monde l'injurie, la pousse au suicide. Sa mère lui apparaît le soir de son entrée et lui crie : « Tu es une misérable, il faut que tu sois bien lâche pour ne pas te tuer, tu devrais être morte depuis longtemps ». D'autres voix, au

contraire, celle de Dieu, en particulier, l'encouragent, et, tout en la blâmant de ses excès, la plaignent et lui conseillent de changer de conduite.

La sensibilité est amoindrie sur toute la surface du corps, elle sent assez bien le souffle et les piqûres d'épingle, mais apprécie difficilement les changements de température. L'ouïe, la vue, le goût, l'odorat sont conservés des deux côtés. Une pituite abondante l'incommode, surtout le matin ; il lui semble que si elle buvait quelque chose de fort, cette pituite disparaîtrait.

Sous l'influence du traitement, les hallucinations se dissipent, mais la malade, quoique redevenue lucide et tranquille, conserve encore pendant plusieurs mois des idées tristes dont elle ne se débarrasse qu'à la longue. Craignant encore une rechute, elle demande avec instance à rester dans le service le plus longtemps possible. Si on la mettait en liberté, « elle ferait, dit-elle, de nouvelles bêtises et ça finirait mal. »

Eugénie, qui, depuis le départ de son mari, vit avec un autre individu, avoue plus tard que ce dernier cherchait toujours à la retenir, quand elle voulait se remettre à boire, et qu'alors elle ne manquait pas, chaque fois, d'implorer l'assistance de ses frères pour se débarrasser de cet homme, prétendant à ce moment ne pas le connaître ; mais le lendemain, après la fin de l'accès, son premier soin était de lui écrire les lettres les plus affectueuses, d'implorer son pardon, en lui promettant de ne plus recommencer. Un jour même, elle lui envoya un long serment écrit avec son sang, serment que, du reste, elle n'a pas tenu plus longtemps que les autres.

Plus tard Eugénie s'améliora suffisamment pour que sa sortie fût signée. Malheureusement, comme on va le voir, cette femme ne devait pouvoir jouir que peu de temps de sa liberté dans la vie ordinaire. Pendant les trois premiers mois qui suivirent sa sortie de Ste-Anne, elle ne présenta rien de

particulier et put même s'occuper à un travail assez régulier pour se croire débarrassée à jamais de ses impulsions maladives; mais un jour, sous l'inflence d'une cause en apparence des plus futiles, elle se sentit prise encore une fois de lassitude et recommença à perdre le sommeil. Son travail habituel la fatiguait déjà au point qu'elle fut obligée de l'interrompre. « Je voyais, disait-elle, que je ne pouvais arriver à rien ». Des sentiments divers l'assaillirent ; elle tomba bientôt dans une profonde tristesse. En même temps elle se plaignit de malaises ; elle ressentait des douleurs vagues qui, du creux épigastrique, s'irradiaient vers le dos ; elle avait comme un serrement qui l'étouffait ; on eût dit qu'un poids énorme lui comprimait la poitrine. Le moindre effort l'accablait ; elle était dominée par un insurmontable sentiment d'impuissance qui l'empêchait d'agir et même de penser.

Comme à ses précédents passages dans le service, son attention avait été attirée par ses interrogatoires vers cette période prodromique de l'accès ; elle en fut plus frappée que de coutume et chercha à lutter contre l'envahissement du mal, en prenant un purgatif qui resta sans effet. Son appétit se perdit peu à peu : il lui devint impossible d'avaler de la viande qui la faisait vomir ; le bouillon et le lait seuls passaient sans trop de difficultés. N'y pouvant plus tenir, elle dut se mettre au lit ; mais les nuits étaient mauvaises et se passaient presque sans sommeil ; des cauchemars la réveillaient en sursaut, aussitôt qu'elle commençait à s'endormir. Dans son effroi, elle tentait vainement d'appeler à son secours ; les paroles « lui restaient dans la gorge » ; elle était incapable d'articuler un son, et, paralysée par l'effroi, ne se sentait pas même capable de lever le bras pour frapper à la cloison de sa chambre, ce qui n'eût pas manqué de réveiller les voisins. Une sueur froide couvrait tout son corps et la glaçait. N'osant tenter le moindre mouvement dans la crainte de ne pouvoir

l'accomplir, la malheureuse restait comme figée sur son lit jusqu'à ce qu'il fit jour. Cet état dura près d'une semaine, depuis le premier malaise jusqu'au moment où le besoin de boire se fit sentir.

Aussitôt que cette idée lui vint, elle se raisonna, la repoussa avec énergie, mais en vain. « Je cherchais à lutter, nous raconte-t-elle, en me répétant à haute voix les conseils que vous m'aviez donnés si souvent et que je croyais si bien pouvoir tenir. Je me menaçais de tous les malheurs et de toute la honte dont cette funeste passion serait bientôt fatalement la cause ; j'étais sûre que ma faiblesse me conduirait à ma perte, mais rien n'y fit, il fallut boire ».

Malgré le souvenir de ses promesses, malgré les injures qu'elle se disait à elle-même, malgré tous ses efforts, elle se fit une première concession. « Peut-être, pensa-t-elle, qu'un verre de vin me remontera et me donnera la force de résister au besoin d'en prendre d'autres. Une soif ardente la dévorait, son gosier lui semblait sec au point de ne pas lui laisser assez de salive pour parler, elle se dirigea en courant chez un marchand de vin où elle demanda de l'eau-de-vie. Elle se rendit après chez plusieurs autres et ne tarda pas à s'enivrer. Ensuite elle alla se réfugier à Vincennes dans une masure en démolition où elle passa la nuit.

Le lendemain, dès l'aube, elle rentre dans son domicile, se couche pendant 3 jours sans pouvoir prendre autre chose que du lait et du bouillon ; le vin et l'eau-de-vie la dégoûtaient. L'accès semblait devoir avorter. Mais, après ces trois jours, il lui vint une nouvelle impulsion à boire qui la conduisit chez différents marchands de vin où elle s'enivra avec du vulnéraire. Comme elle avait conscience de son état, elle attendit le soir pour rentrer à la maison ; elle passa la nuit dans une cave, n'osant monter dans sa chambre, dans la crainte de rencontrer les autres locataires qui l'auraient vue ivre. Dégri-

sée le matin, elle se décide à pénétrer dans sa chambre et s'y enferme pendant deux jours.

Tourmentée bientôt par son ardeur irrésistible de boire, elle sort de nouveau, achète à un pharmacien de la poudre de rhubarbe qu'elle mélange à un litre de vin additionné lui-même de deux verres d'eau-de-vie, et remonte dans sa chambre. Elle place d'abord la bouteille loin de son lit et se couche ; puis elle se lève pour la porter sur sa table de nuit. Une heure ne s'était pas écoulée depuis le commencement de ce manège qu'elle avait déjà goûté au liquide dont deux ou trois gorgées la font vomir. Un instant après elle buvait le reste de la bouteille. Il lui est désormais impossible de résister, et, à moitié ivre, elle va acheter d'autre vin et d'autre eau-de-vie qu'elle mélange.

Dans une dernière tentative de résistance provoquée par un accès de honte et de désespoir, elle ajoute à la boisson des matières fécales, place encore la bouteille avec un verre sur la table de nuit, espérant bien ne pas y toucher et s'endort pendant une heure d'un mauvais sommeil constamment troublé par des cauchemars. Un rêve plus pénible la réveille, elle regarde la bouteille et tout en s'injuriant elle verse dans son verre deux travers de doigt de cet affreux breuvage, l'avale pour le vomir tout aussitôt. Elle s'endort une autre fois, avec un goût infect dans la bouche ; mais bientôt encore réveillée, elle remplit le verre, le vide d'un trait et absorbe enfin tout le flacon en quelques gorgées. « J'avais, dit-elle, la ferme volonté de perdre au plus vite la raison pour ne pas assister plus longtemps à ma propre honte. »

Pendant tout le reste de la nuit, Eugénie fut en proie aux hallucinations terrifiantes qui ne pouvaient manquer de se produire sous l'influence d'une telle quantité d'alcool ; des troubles de la sensibilité générale lui firent éprouver

les plus horribles tortures : elle se voyait entourée d'araignées prêtes à la dévorer, sentant leurs pattes qui lui perçaient la peau ; des rats lui couraient sur le corps, pénétraient dans sa bouche ; des chauves-souris voltigeaient dans sa chambre, traversaient des flammes pour venir jusqu'à elle ; tous leurs mouvements provoquaient des étincelles qui lui sautaient aux yeux, des flammes qui lui brûlaient le corps... L'ouïe, le goût, l'odorat n'étaient pas épargnés : la malade entendait des injures, des menaces, on l'appelait ivrognesse, on allait la brûler vive. Elle avait dans la bouche « un goût de pourri » dont il lui était impossible de se débarrasser ; elle sentait des odeurs fétides de matières fécales et de soufre.

C'est dans cet état qu'elle se rendit chez ses frères pour implorer leurs secours. Ceux-ci effrayés et la croyant ivre lui firent des reproches et la renvoyèrent. Errant alors à l'aventure, poursuivie par le remords, menacée par la voix de son mari qui lui reprochait sa malheureuse passion, elle se rendit dans la soirée vers la Seine, se réfugia sous une porte cochère où elle se fit, avec un rasoir, une entaille au poignet, en attendant la tombée de la nuit qui lui permettrait de se jeter à l'eau sans être remarquée. Son attitude étrange attira l'attention du concierge qui la fit arrêter.

Après quelques jours de repos dans le service, la plupart des troubles hallucinatoires s'apaisèrent pendant la journée tout en revenant la nuit, puis finirent par disparaître complètement. La voix du mari, qui persista seule pendant plusieurs semaines, devint de moins en moins distincte et cessa enfin d'importuner la malade.

Plus tard, Eugénie... qui était entrée à l'infirmerie pour une bronchite avec emphysème pulmonaire, eut sous l'influence de la fièvre quelques nouvelles bouffées de délire alcoolique, qui ne durèrent que peu de temps. Elle voyait et sentait la nuit des araignées qui couraient sur sa peau.

Pendant son séjour à Sainte-Anne, elle fut prise aussi de coliques hépatiques sans manifester de troubles intellectuels malgré l'acuité des symptômes. A différentes reprises, des calculs assez volumineux furent retrouvés dans les selles. De plus, et c'est là un fait à noter, elle a eu récemment sous nos yeux un véritable accès de dipsomanie avec tous ses caractères, qui a duré trois jours.

Cette femme, qui s'occupait à élever et soigner quelques animaux du laboratoire et qui ne voulait, sous aucun prétexte, confier ce soin à nulle autre personne, se présenta un matin à la visite, triste, abattue, découragée, s'accusant d'avoir négligé la veille de panser ses animaux, parce que le courage lui manquait ; elle voyait bien, disait-elle en pleurant, qu'il lui serait désormais impossible de s'en occuper. La nuit avait été mauvaise et troublée déjà par quelques cauchemars. Dans la journée du lendemain, Eugénie s'isolait dans les coins et son changement de caractère était tellement manifeste, que les autres malades même ont pu le remarquer. Un fait entre plusieurs autres en donnera la preuve : parmi les animaux que soignait cette malade, se trouvait une chèvre, qu'à force de soins, elle avait réussi à élever au biberon. Or, cette chèvre suivait tous les pas de la malade et ne la quittait pas d'une minute dans la journée ; Eugénie du reste s'était attachée à cette bête au point de ne vouloir la laisser approcher par personne. Or, pendant toute la durée de ce nouvel accès, la chèvre lui était devenue insupportable, et cette même femme, qui ne pouvait s'en séparer en temps ordinaire, la maltraitait et s'éloignait chaque fois que la bête cherchait à se rapprocher d'elle.

Au profond découragement qui poussait la malade à s'isoler, à rechercher la solitude s'ajoutèrent d'autres manifestations caractéristiques de la période prodromique d'un accès dipsomaniaque. Ce fut d'abord une tristesse invincible dont la

malade ne pouvait s'expliquer la cause, un sentiment d'impuissance, d'accablement, de paresse intellectuelle ; du dégoût pour tout travail et même pour tout mouvement, des étouffements, de l'oppression, un serrement à l'estomac et à la base de la poitrine, une constriction et une sécheresse à la gorge, la perte de l'appétit ; impossibilité d'avaler de la viande ou tout autre aliment solide, avec cela des idées sinistres et par dessus tout un impérieux besoin de boire dont rien ne peut rendre compte.

Pendant l'accès, cette femme regardait avec convoitise à travers les vitres des réfectoires, les bouteilles du vin dont on faisait la distribution, mais elle n'a jamais tenté d'en dérober. » J'aurais, dit-elle, éprouvé trop de honte à être surprise. D'ailleurs, l'accès de la salle lui était interdit par une porte soigneusement fermée. Cependant, le lendemain et les jours suivants, elle, si sobre ordinairement, mettait une insistance particulière à demander du vin de quinquina pour se remonter l'estomac et de l'alcool camphré pour se frictionner les jambes. Il est inutile d'ajouter qu'elle eût bu l'alcool camphré.

Les cauchemars de la première nuit s'accusèrent les nuits suivantes, et, détail intéressant, sous l'influence de cet accès avorté, puisque la malade, surveillée avec le plus grand soin, ne but absolument que la quantité de vin allouée à chaque femme (c'est-à-dire 16 centièmes de litre par jour), Eugénie eut des hallucinations et des frayeurs nocturnes offrant tous les caractères du délire alcoolique. L'impulsion arrivant chez un sujet ayant déjà fait de nombreux excès de boissons a suffi pour développer une bouffée de délire toxique (1).

(1) Ce fait en apparence paradoxal, de l'existence d'un délire alcoolique en l'absence d'ingestions alcooliques, s'explique facilement par la rupture de l'équilibre physiologique provoquée par le paroxysme mélancolique lui-même. C'est l'analogue de ce qui se passe pour le développement du délire toxique chez l'ivrogne saturé qui prend une pneumonie, un érysipèle, etc., ou subit un trau-

Pour compléter l'histoire clinique de cette femme, je dois ajouter que les hallucinations de l'ouïe qu'elle présente par intervalles ont un double caractère reflétant les combats de sa conscience. Ainsi l'*oreille gauche semble réservée aux injures et aux reproches et c'est de ce côté là seulement qu'elle entend des choses désagréables, tandis que les encouragements que lui donne parfois Dieu lui arrivent par l'oreille droite*. « Il en a toujours été ainsi, dit-elle, même quand j'étais carmélite il y a 20 ans. »

Aujourd'hui, l'état d'Eugénie est de nouveau amélioré, mais, dans la crainte d'une prochaine rechute, elle insiste pour rester encore quelque temps dans le service. Elle offre encore une hémianesthésie incomplète comme on en rencontre si fréquemment dans l'alcoolisme chronique avec affaiblissement de tous les modes de la sensibilité. La douleur provoquée par une piqûre d'épingle est presque nulle, la sensation du froid produite par l'eau glacée est à peine perçue et le souffle à peine senti sur tout le côté droit.

Vous voyez combien de formes de monomanie cette femme offrirait à la description si l'on s'en tenait à un examen peu approfondi. Nous l'avons vue tour à tour, à différentes périodes de sa vie, nymphomane, atteinte de la monomanie du suicide, de l'homicide et enfin dipsomane; elle aurait tout aussi bien pu être kleptomane, etc., sans que nous dussions jamais cesser de la considérer comme une héréditaire impulsive.

La fureur de boire ne s'arrête pas aux seules boissons spiritueuses le plus généralement répandues; quelques aliénés recherchent encore l'éther, plus rarement le chloroforme ; d'autres préfèrent l'opium, boivent du laudanum ou prennent

matisme. Les forces suffisantes d'abord pour résister au poison étant amoindries, le support fléchit et les accidents se produisent. Toute cause débilitante aurait pu produire le même résultat.

de la morphine sous forme d'injections hypodermiques. Tous ces appétits relèvent du même fond maladif ; les conséquences de l'intoxication varient seules, car elles dépendent de l'action des différentes substances absorbées soit par l'estomac, soit par d'autres voies.

CINQUIÈME LEÇON

Diagnostic. — Traitement.

SOMMAIRE. — La dipsomanie n'est point *acquise* ; cette impulsion est, au contraire, un stigmate psychique de la folie héréditaire.

L'alcoolisme est un état très différent de la dipsomanie Le cas de M. Ball : typographe atteint d'alcoolisme, présenté comme dipsomane. Caractères distinctifs.

Observ. XI. — Dipsomanie dont le premier accès s'est montré pendant une grossesse. Impulsions au suicide et à l'homicide.

Traitement : 1° des accidents alcooliques ; 2° de la dipsomanie. Médication tonique ; hydrothérapie ; nécessité d'une surveillance attentive ; isolement. Le paroxysme dans l'asile est très atténué.

Considérations médico-légales : Irresponsabilité pour les actes commis pendant l'accès de dipsomanie ; irresponsabilité pendant l'accès de délire alcoolique consécutif à des accès rapprochés de dipsomanie.

Messieurs,

Avec quoi pourrait être confondue la dipsomanie ? — Elle ne pourrait guère l'être qu'avec l'alcoolisme; or, on a vu, dans l'énumération des symptômes de la dipsomanie, les caractères distinctifs qui séparent le buveur de profession du dipsomane. Chez le premier, il n'y a pas d'impulsion proprement dite ; c'est une habitude vicieuse ; chez le second, c'est un besoin maladif, irrésistible, indépendant de la volonté.

Cependant, pour certains auteurs qui ne semblent pas avoir bien compris ce qu'il y a de spécial dans l'impulsion dipsomaniaque, l'alcoolisme pourrait aboutir à la dipsomanie.

Bucknill et Hack Tuke, dans leur Traité de la folie, disent que l'alcoolique peut devenir dipsomane et que, dans beaucoup de cas, il est difficile de distinguer si cette impulsion est acquise ou héréditaire (*acquiert or original*) (1), M. Ball (*Leçons sur les mal. ment.*, p. 662), s'inspirant, sans doute, des idées de Bucknill et de Tuke, admet deux variétés de dipsomanie, la forme *héréditaire* et la forme *acquise*.

Permettez-moi, de mettre sous vos yeux l'observation sur laquelle l'auteur fonde la dipsomanie acquise. Il s'agit d'un typographe, âgé de 51 ans, qui contracte à 36 ans des habitudes alcooliques. « Il commença, dit M. Ball, par boire du vermouth en dehors des repas. Bientôt, il prit l'habitude du vin et parvint rapidement à en boire un litre à son déjeuner. Il faisait en même temps abus de café.

« Quelques années plus tard, l'imprimerie dans laquelle il était employé ayant cessé de travailler, il partit pour l'Angleterre, où il resta pendant trois mois, sans sa femme ; et là, se sentant libre de toute contrainte, il se mit à boire du gin, du whiskey et d'autres spiritueux. Revenu plus tard à Paris, il fut garde national pendant le siège, et, comme beaucoup d'autres, il chercha à suppléer à l'insuffisance de la nourriture par l'abus de l'alcool. Le siège terminé, il conserva ses habitudes, et c'est à partir de ce moment que la dipsomanie a véritablement commencé.

» Pendant une période de deux à trois semaines, il se met à boire ; il rentre chez lui, le soir, dans un état d'excitation extrême et cherche à battre sa femme ; fort heureusement, la force physique lui manque. Il a cependant essayé une fois de la frapper avec un couteau. L'excitation calmée, il se met au

(1) J. Ch. Bucknill et D. Hack Tuke : *Manual of psychological medicine*. Londres, 1874, p. 294.

lit sans manger, l'appétit étant complètement nul. Dans les derniers jours de la crise alcoolique, il tremble continuellement et finit par ne plus pouvoir travailler ni même sortir. Obligé de se renfermer chez lui, privé de boissons alcooliques, il reste au lit pendant quatre ou cinq jours et finit par se calmer. C'est alors qu'il fait ample provision de bonnes intentions.

» Pendant une période de deux à trois semaines, il reste absolument sobre ; il se désaltère avec une forte infusion de quassia amara, et ne boit pas une goutte de vin, ni de liqueurs ; mais bientôt un sentiment de faiblesse s'empare de lui, et, pour se remonter, il prend un petit verre. A partir de ce moment il est complètement perdu, il retombe dans ses excès et parcourt toutes les phases d'une crise nouvelle.

» Les accès de dipsomanie ont été quelquefois séparés par des intervalles plus longs. Vers la fin de son séjour en Angleterre, il s'était fait admettre dans une Société de tempérance, et, pendant trois mois, il resta absolument sobre ; mais, dans ces derniers temps, les crises se sont rapprochées, et, depuis neuf mois, il est resté presque constamment en état d'ivresse. Depuis quelques mois seulement, il a perdu le sommeil ; il s'agite constamment dans son lit, parle tout haut, et paraît éprouver des hallucinations de la vue. Il voit défiler, devant lui les sages de la Grèce et les grands hommes de l'antiquité romaine, Il n'a presque jamais vu d'animaux ; quelfois ses hallucinations sont terrifiantes, il lutte violemment avec les fantômes qui l'entourent. »

Telle est l'observation ; pour nous tous, habitués à laisser les théories de côté et à ne tenir compte que de l'examen direct des faits, loin de trouver là un cas type de dipsomanie, nous ne voyons qu'un cas vulgaire d'alcoolisme, semblable à tous ceux que nous sommes appelés chaque jour à observer.

En effet, comme tout alcoolisé ordinaire, ce malade com-

mence à boire en dehors du repas. Puis, il va à Londres, seul, sans sa femme, et là, privé du foyer domestique, il fréquente davantage le cabaret, les occasions deviennent plus favorables, et, naturellement, les excès augmentent. Plus tard, de retour à Paris, il est pendant le siège, garde national, et, comme nous avons eu, à plusieurs reprises, l'occasion de le rappeler, des gens même sobres, étaient, pendant cette triste période, poussés à l'alcoolisme par l'insuffisance de la nourriture, par la soupe au vin, par l'habitude de l'eau-de-vie que beaucoup prenaient dans l'espoir de soutenir leurs forces. Plus tard encore, les abus se répétant, il devient malade, il est obligé de suspendre son travail, de s'aliter ; et alors, promettant de ne plus boire, il reste sobre pendant quelques jours, pour recommencer ensuite sans passer par cette phase si pénible, parfois si dramatique de lutte, d'angoisse, qui marque le début de chaque nouvel accès du dipsomane. Du reste, le typographe de M. Ball, promettant d'être sobre, quand il est sous le coup d'accidents alcooliques, ne se conduit pas autrement que les nombreux alcoolisés *repentants* qui font au médecin ou aux parents de belles promesses de tempérance, acceptent la tisane amère, jusqu'au moment où l'occasion favorable leur met le petit verre à la main. Enfin, on doit le remarquer, dans les derniers temps, cet homme, en véritable ivrogne, s'enivre neuf mois de suite, presque sans discontinuer. Est-ce là l'irrésistible besoin de boire qui saisit l'individu par accès ? Est-ce là cet appétit maladif des boissons qui, en dehors de toute circonstance, s'empare du patient et le pousse impérieusement à boire tout ce qu'il peut trouver. Une fois l'accès passé, le dipsomane, nous l'avons vu, reste sobre sans effort, sans qu'il ait besoin de se surveiller, et, quel que soit l'appât, il reste tempérant, parfois même il a du dégoût pour les boissons. Au moment de l'accès, le dipsomane puise dans son propre fonds l'excitation nécessaire aux excès ; peu importe

l'occasion, quelle que soit sa situation, en quelque lieu qu'il se trouve, il doit boire, et il boit. Pour l'alcoolisé vulgaire, au contraire, l'occasion entre pour la plus large part dans ses habitudes d'intempérance.

Dans le même ouvrage de Bucknill et Tuke se trouve longuement exposée l'opinion d'Hutcheson qui admet les trois formes de dipsomanie suivantes : aiguë, périodique, chronique. La simple lecture de cette description ne laisse aucun doute sur l'erreur d'Hutcheson qui confond la dipsomanie chronique avec l'alcoolisme, et dont la dipsomanie aiguë n'est autre qu'un appétit passager pour les boissons à la suite de diverses maladies, d'hémorrhagie, de fièvre, etc. La dipsomanie périodique seule offre tous les caractères du syndrome que nous décrivons.

Les perversités du goût des hystériques, la malacia, le pica des femmes enceintes et quelques autres manifestations de ce genre ont été confondus avec la dipsomanie. Ces divers états s'en rapprochent cependant beaucoup ; car ils s'observent, comme la dipsomanie, chez les héréditaires. Parfois aussi ces phénomènes sont pour ainsi dire les avant-coureurs des impulsions à boire ; et, il faut bien le reconnaître, si toutes les femmes enceintes qui ont eu, pendant la grossesse, des appétits bizarres, ne deviennent pas tôt ou tard dipsomanes, les dipsomanes qui ont eu des enfants ont bien souvent eu quelque perversion de goût pendant la gestation. Pour s'en convaincre, il faut les interroger avec soin, et, une fois leur attention attirée sur ce point, la plupart retrouvent dans leurs souvenirs une série de petits faits qui, réunis, forment les symptômes de la folie des héréditaires.

Louise B..., notre seconde malade, on s'en souvient, était enceinte lors de son premier accès ; en voici une autre chez qui la première tendance s'étant encore manifestée pendant

la grossesse put faire croire à un début de folie puerpuérale à forme dépressive.

Le père de Marie D... est dipsomane ; ordinairement sobre, il se sent pris tous les trois mois d'une prédisposition à boire. qui lui dure quatre ou cinq jours. Pendant ce laps de temps, il se voit forcé d'interrompre tout travail pour se livrer entièrement à sa passion. Ce sont là tous les renseignements fournis sur son compte. Marie a eu, seule, sur sept frères ou sœurs, de la tendance aux accès alcooliques. Le besoin de boire s'est montré pour la première fois, il y a quatre ans et demi, pendant une première grossesse. Cette femme était âgée de 28 ans. On remarqua alors que, par intervalles, elle devenait triste, se plaignait d'un sentiment d'impuissance, perdait le goût du travail et recherchait l'isolement. Son entourage se préoccupa assez de cet état pour parler de folie puerpérale, puis vinrent les impulsions avec le caractère impérieux que vous connaissez qui éclairèrent le diagnostic.

La malade va vous raconter elle-même que, le premier symptôme par lequel se manifestait l'accès, était la perte du sommeil, puis la perte de l'appétit, enfin une soif ardente et un désir insurmontable de prendre du vin pur. Quand la famille eut entendu prononcer le mot de dipsomanie, elle attribua d'abord ces « accidents de grossesse » à une envie, et, croyant bien faire, ne mit aucun obstacle aux excès de la malade. Marie buvait ainsi sans en être empêchée et par périodes, trois ou quatre litres de vin pur dans une journée, et cela pendant environ une semaine, puis elle revenait à sa sobriété ordinaire, ne prenant aux repas que de l'eau rougie. Incommodée d'abord par quelques cauchemars, ceux-ci ne tardaient pas à se dissiper sous le régime nouveau pour reparaître à l'accès suivant.

Après la grossesse, les mêmes accidents se reproduisirent tous les deux ou trois mois, cette fois l'entourage chercha

vainement à s'opposer aux excès de la malade ; ils étaient toujours précédés d'une même période mélancolique plus ou moins longue, avec des idées de suicide ; aujourd'hui comme alors, avant de boire, Marie prévoit les conséquences de ses excès qu'elle redoute, et, après avoir bu, se désole inutilement de ce qui vient de se passer. Sous ces deux influences, elle a tenté plusieurs fois de se jeter par la fenêtre, et, dernièrement, elle a réussi à se précipiter du premier étage. Sa chute, toutefois, n'eut pas de trop graves conséquences.

Depuis peu, les accès s'accompagnent aussi d'impulsions homicides. Dans son délire, on lui entend dire des phrases comme celle-ci : « Mon pauvre enfant, comme je voudrais te tuer avec moi pour que tu ne souffres plus sur la terre ! » Interrogée sur ses sentiments à l'égard de son mari, elle répond : « Je ne me suis jamais sentie poussée à le tuer parce que je ne l'aime pas assez pour cela. » Après chaque accès, elle déplore comme tous les dipsomanes ce qui vient de se passer et promet de ne plus céder au désir de boire si ses impulsions lui viennent.

Dans la première période de la paralysie générale, les malades se livrent quelquefois à des excès inconsidérés de boissons qui étonnent la famille, mais leur façon de boire n'est nullement comparable à celle du dipsomane ; on n'observe pas chez eux la phase de tristesse et d'abattement qui précède l'accès de dipsomanie ; le plus souvent, au contraire, très expansifs, ils invitent tout le monde et sont sollicités à boire par leurs idées généreuses ; du reste, les signes propres de la paralysie générale dissiperaient toute confusion si les deux états pouvaient être confondus.

Traitement. — Le traitement de la dipsomanie comporte deux indications : il faut d'abord, quand on se trouve en pré-

sence d'un état aigu, combattre les accidents toxiques et tenter ensuite de modifier le fond même de la maladie.

Le traitement des accidents ne doit être autre que le traitement ordinaire du délire alcoolique ; on peut ainsi le résumer :

1° Protéger le malade contre lui-même et l'empêcher de nuire à son entourage ; 2° Favoriser l'élimination du poison; 3° Soutenir les forces (1).

Pour modifier le fond maladif, on a conseillé le traitement moral; celui-ci est utile, sans doute, mais insuffisant. Les distractions, les conseils affectueux, les raisonnements les mieux étayés n'ont qu'une bien faible action sur le dipsomane pendant sa période active.

L'hydrothérapie méthodiquement appliquée, et, en particulier, les douches froides, en éventail, sur tout le corps à l'exception de la tête, donnent de bons résultats.

L'action de l'arsenic sur la nutrition générale recommande son emploi, et, si son usage est longtemps continué, on laissera des périodes intercallaires plus ou moins longues de repos. Je le formule souvent de la manière suivante :

Eau distillée..............................	200 grammes
Arséniate de soude..........................	10 centigr.
Eau distillée de laurier cerise................	4 gram.

Quand il survient de l'excitation et que l'insomnie persiste, il faut recourir aux bains tièdes, aux bains mucilagineux, aux bains de tilleul et simultanément donner au repas du soir de 4 à 6 grammes de bromure de potassium; l'on fera usage, de préférence, des polybromures si l'on doit continuer longtemps cette médication.

Parfois, le dipsomane est profondément déprimé et les bains sulfureux se trouvent indiqués, mais l'on tirera alors grand

(1) Magnan, *loc. cit.* p. 156.

profit des bains d'air chaud thérébenthinés, suivis d'une immersion dans l'eau froide ou d'une douche, en éventail, froide. C'est l'un des plus puissants modificateurs et il est rare que le malade ne soit très heureusement influencé par ce moyen thérapeutique, d'ailleurs très énergique.

Une bonne hygiène et une médication tonique et reconstituante sont les compléments nécessaires de ce traitement. L'isolement du malade est indispensable, puisqu'il le met à l'abri de nouveaux excès ; il finit à la longue par atténuer les prédispositions impulsives et s'il n'empêche pas dans tous les cas la reproduction de l'accès, il en éloigne, du moins, les manifestations. L'une des malades qui vous ont été présentées avait eu, vous vous le rappelez, un accès dans le service ; il s'est produit à la suite d'un délire toxique, malgré l'absence de boissons spiritueuses.

Il faut, par-dessus tout, ne pas oublier que les dipsomanes peuvent avoir aussi d'autres impulsions, des idées de suicide ou d'homicide et qu'en conséquence ils doivent être surveillés.

L'usage journalier de boissons amères leur sera conseillé pour calmer le besoin qu'éprouve leur estomac d'ingérer « quelque chose de fort. »

Combien de temps, après la cessation des accidents alcooliques, la séquestration sera-t-elle prolongée ? — Cette question ne saurait être résolue par une formule générale ; l'examen individuel de chaque aliéné peut seul donner les éléments d'une réponse ; et encore ne sait-on jamais combien de temps durera l'intervalle lucide.

Médecine légale. — Une foule de questions médico-légales peuvent être soulevées à propos de la dipsomanie. On a vu que les malades ont des tendances susceptibles de se traduire par des impulsions de diverse nature. Il faudrait donc pour être complet sur ce sujet faire l'histoire médico-légale complète de la folie des héréditaires.

La médecine légale peut cependant se résumer, pour le dipsomane, en une simple formule qui découle de l'examen clinique des malades et de leurs actes ; tous les dipsomanes peuvent être irresponsables des actes qu'ils commettent immédiatement avant, pendant et après leurs accès, à cause de l'état intellectuel qu'ils offrent avant la crise, à cause du caractère impulsif de leurs actions, à cause, enfin, du délire toxique dont il est souvent suivi.

Aux yeux même de ceux qui regardent l'ivresse comme une aggravation du crime commis, le dipsomane doit être considéré comme irresponsable, puisqu'il n'est pas maître de résister au désir de boire.

Quant aux actes délictueux ou criminels qu'ils peuvent commettre dans leurs intervalles lucides, on ne doit jamais oublier que les dipsomanes offrent une disposition maladive indéniable, qu'ils ont une organisation intellectuelle défectueuse, en un mot, que ce sont des dégénérés.

TROISIÈME PARTIE

Considérations générales sur les héréditaires dégénérés, les délirants chroniques, les intermittents.

LEÇONS CLINIQUES

SUR

LES HÉRÉDITAIRES

Les Délirants chroniques, les intermittents.

PREMIÈRE LEÇON

Considérations générales sur la folie des héréditaires dégénérés.

Sommaire. — Doctrine de Morel sur les dégénérescences; transmission des affections par aggravation progressive. Cette doctrine ne comprenant pas tous les faits, on lui oppose les dégénérés sans hérédité.

Hérédité similaire : nombreux exemples. Le délire émotif de Morel rentre dans les syndromes épisodiques des dégénérés ; son délire hypochondriaque est une des formes délirantes des degénérés.

Les syndromes épisodiques donnent lieu à des actes très différents, mais le mécanisme est au fond le même : la recherche angoissante du mot, l'appétit irrésistible des boissons, l'impulsion à frapper, sont les manifestations variées du même état mental ; dans tous les cas, il s'agit de reproduire une sensation appropriée à un centre. Exemples de divers syndromes épisodiques ; ces syndromes sont tout autant de stigmates psychiques des dégénérés.

Messieurs,

Depuis quelques années, un véritable réveil se fait dans les esprits en ce qui touche l'aliénation mentale. Les psychiâtres de tous les pays interrogent, discutent et semblent chercher leur orientation. Partout on reconnaît la né-

cessité de s'entendre et ce besoin de se mettre d'accord est justifié, non seulement par la diversité des nomenclatures, par la multiplicité des classifications, mais aussi par les dissidences sur la terminologie elle-même; le même mot, le même terme a des significations différentes non seulement d'un pays à l'autre, ce que les différences de langue pourraient expliquer et excuser, mais dans le même pays. Mendel, dans son traité sur la manie, rappelle qu'au Congrès des médecins aliénistes allemands, tenu à Wiesbaden en 1873, on n'est pas parvenu à s'entendre sur la signification précise du mot manie; le même désaccord persiste dans les ouvrages récents de Schüle et de Krafft Ebing. Chez nous, du reste, cette année, la discussion sur la folie héréditaire, au sein de la Société médico-psychologique, a failli donner le même spectacle. Toutefois, une entente commune est réclamée par le plus grand nombre. Au milieu de ces tendances louables, on voit bien encore quelques retardataires, quelques partisans des monomanies, des folies diathésiques, des folies tuberculeuses, cancéreuses, rhumatismales, etc., mais ils ont beau présenter des variations brillantes sur ces thèmes discrédités, leur voix reste sans écho. C'est, qu'en effet, Messieurs, on a compris que les théories ne doivent occuper que le second rang dans l'étude des maladies, qu'elles n'ont de valeur que tout autant qu'elles reposent sur l'observation directe du malade et que la clinique est le seul terrain de conciliation sur lequel les opinions puissent, avec succès, se donner rendez-vous.

Les débats ouverts devant la Société médico-psychologique sur la folie héréditaire, m'obligent à revenir sur quelques points qu'il s'agit de fixer d'une manière plus précise.

La question posée par M. Falret, dans les termes suivants : Des signes physiques intellectuels et moraux de la folie héréditaire, a été, dès le début, envisagée à deux points de vue, *clinique* et *étiologique*. Tandis que la plupart des membres

de la Société se sont trouvés d'accord pour admettre l'existence d'un groupe de malades répondant aux caractères généraux que nous avons indiqués (état mental, déséquilibration; obsessions, impulsions, phénomènes d'arrêt ou inhibitoires; délire d'emblée), des attaques très vives ont été adressées au côté étiologique. M. Falret, partisan décidé des idées de Morel, admet l'origine héréditaire de cette forme de folie et la désigne sous le nom de folie héréditaire.

Vous connaissez, Messieurs, la doctrine de Morel. Le fait général pour lui est la transmission des affections mentales par aggravation progressive de la maladie chez les descendants. Ainsi des ascendants se faisant remarquer par l'exagération du tempérament nerveux, donnent le jour à des hystériques, des épileptiques, des hypochondriaques (à des sujets atteints de grandes névroses). Ceux-ci, les hystériques, les épileptiques, les hypochondriaques, procréeront des aliénés, ces derniers auront pour descendants des imbéciles, des idiots, lesquels en dernière analyse (*natura medicatrix*), sont frappés de stérilité. Telle est la conception originale et vraie, on doit le reconnaître dans beaucoup de cas, qui a permis à Morel d'établir ses aliénations ou folies héréditaires. MM. Cotard, Christian, Bouchereau, font remarquer d'abord, ce que, du reste, nous avions indiqué nous-même, que l'hérédité domine la folie tout entière, et que l'expression *héréditaire* qui pourrait, à la rigueur être attribuée à toutes les formes de la folie, est mal choisie pour désigner l'une d'elles, lors même que l'influence héréditaire serait plus accusée dans celle-ci, ce qui, d'après eux, n'est pas démontré. D'autre part, ils ont rappelé des cas dans lesquels, en l'absence d'antécédents héréditaires, les individus ont présenté tous les attributs de la folie dite héréditaire; voilà donc, disent-ils, des *héréditaires sans hérédité*. Vous le voyez, c'était, passez-moi l'expression, un coup droit porté à la doctrine de Morel.

Quant à nous, nous acceptons volontiers l'expression de folie des héréditaires, en ajoutant, toutefois, *dégénérés*, ce qui concilie toutes les opinions. Il faut, je crois, conserver cette expression, folie héréditaire, puisque c'est sous ce nom que des travaux importants ont déjà été publiés sur le groupe de malades dont nous nous occupons.

En second lieu, il faut bien le reconnaître, dans cette folie des héréditaires dégénérés, l'hérédité est le facteur principal, et je n'entends pas parler simplement de l'apparition du dissemblable, c'est-à-dire de la forme progressive ou transformée de Morel, mais aussi de la forme similaire. On trouve, en effet, plus souvent qu'on ne paraît le croire, l'hérédité similaire, et notamment l'hérédité de ces phénomènes étranges, des syndromes épisodiques qui en sont les véritables *stigmates psychiques*.

J'ai eu l'occasion de vous parler, l'année dernière, d'une onomatomane atteinte aussi de délire du toucher, dont le père avait été longtemps préoccupé par la recherche du mot; dans certaines circonstances, l'angoisse était si grande chez lui que la mère et la fille répétaient des mots ou bien lisaient un dictionnaire jusqu'à la rencontre du mot que l'on cherchait, et la famille ne pouvait se coucher qu'après la découverte de ce mot.

Je vous avais signalé également la manie du discours nocturne chez un père, transmise directement à la fille, qui, dans les moments de crise, supplie son mari de l'écouter, et l'y force quelquefois de neuf heures du soir jusqu'à trois ou quatre heures du matin.

Quelques-uns d'entre vous ont vu dans le service un employé de commerce, âgé de 28 ans, atteint *d'oniomanie*, c'est-à-dire de l'impulsion à acheter. Dans son enfance il était d'une prodigalité sans égale; à vingt ans, l'impulsion aux achats devint irrésistible. Il achetait sans raison, plusieurs

pièces de toile, des bijoux, des meubles, épuisant ainsi son capital, mais ne s'arrêtant pas. Il engageait les objets achetés au Mont-de-Piété, les dégageait ensuite et les rengageait plusieurs fois. Au marché, après avoir fait les acquisitions nécessaires, il lui était impossible de s'arrêter ; c'était des multitudes de volailles, des sacs de légumes, toute sorte de provisions ; il en achetait de quoi remplir une voiture ; il était toujours obligé de se faire aider pour transporter des provisions qui n'étaient destinées qu'à deux personnes. Pour les écouler, il lançait alors de nombreuses invitations. D'autres fois, il rentrait chargé de meubles. Pour peu qu'il s'arrêtât devant une boutique, il était victime de l'impulsion. « C'était irrésistible, dit-il, je ne pouvais me raisonner, je me désolais, mais j'étais le moins fort. » En dernier lieu, il avait fini par des actes de filouterie pour satisfaire son besoin irrésistible d'acheter. Le père était également déséquilibré et oniomane. Il achetait sans cesse toute espèce d'objets qu'il collectionnait, qu'il revendait aussitôt ou qu'il donnait (meubles, aliments, bijoux, etc.). Enfin la grand'mère paternelle, soignée pendant plusieurs années, à l'asile de Bonneval, était oniomane. Elle achetait constamment et considérablement, au point qu'on fut obligé de régler ses dépenses. Elle achetait et jetait ce qu'elle achetait. Les ouvriers avaient remarqué l'heure où, chaque jour, elle se débarrassait de ses achats et recueillaient ses rebuts : poulets, poissons entiers, légumes, etc. S'apercevant un jour qu'on ramassait ce qu'elle jetait, elle s'en débarrassa désormais en le jetant dans les fosses d'aisances. Vous trouverez de nombreux détails sur cette observation dans l'excellente thsèe de M. Legrain, sur le délire chez les dégénérés.

Un autre malade, un anomal sexuel, entré, à la suite d'un vol de chemise, à un séchoir, ne peut résister à l'attrait qu'a pour lui l'étalage d'une chemise de femme. Il doit s'emparer de ce linge coûte que coûte. Il s'en revêt et éprouve ainsi les

sensations les plus voluptueuses ; il couche avec une chemise de femme et s'il avait à choisir entre la chemise et la plus belle femme, sans hésitation, il préférerait la chemise. Il est marié et sa femme l'a surpris se livrant à l'onanisme dans une chemise de femme. Il a déjà été condamné deux fois pour vol de chemises de femme. La mère de ce malade,qui rappelle le fameux amoureux de tabliers blancs, ne pouvait, de son côté, voir flotter un ruban rouge sans être poussée à le saisir. Elle était très anxieuse le jour du tirage au sort, à la vue des jeunes conscrits portant à leur chapeau des rubans rouges ; elle les suivait, les suppliait de les lui laisser prendre et s'en emparait dès qu'elle le pouvait.

Nous examinerons ensemble, aujourd'hui, un employé d'administration âgé de quarante ans, affecté de tics de la face, ayant longtemps offert des alternatives d'exaltation et de dépression, et présentant aujourd'hui de l'agoraphobie, du doute et la crainte du toucher. Sa mère, atteinte de paralysie agitante, offre également le délire du toucher avec la crainte du contact du cuivre, des monnaies, du chien ; sous l'influence de ces préoccupations, elle se livre à des lavages réitérés.

Vous verrez dans le service une fille de dix ans sujette aux rires involontaires, poussée à l'onanisme malgré les efforts réels de sa part pour résister ; elle présente des tendances au suicide. Sa mère a des rires et des pleurs involontaires ; elle est obsédée par la crainte du feu ; elle est poussée irrésistiblement à écrire sans pouvoir se retenir, des heures entières, des discours sans suite ; elle a fait sans motif deux tentatives de suicide. Morel, que ces transmissions similaires ont peu frappé, en relate cependant quelques exemples. Je rappellerai un de ces cas. Il s'agit d'une malade ayant la crainte du toucher et en particulier la crainte des animaux. « Entendre, même de loin, les aboiements d'un chien, suffit pour la mettre hors d'elle ; mais la vue d'un chien ou d'un chat lui donne à l'ins-

tant des attaques de nerfs. Elle ne caresserait pas un de ces animaux pour un empire. » Et plus loin, Morel ajoute : « Elle m'apprit que son père, qui était mort depuis dix ans, dans un état d'enfance, avait *l'humeur noire*, qu'il tombait, par intervalles, dans une espèce de torpeur, qui durait plusieurs mois, et qu'alors il suivait sa femme comme un grand enfant, s'attachant à quelques parties de ses vêtements, absolument comme elle faisait vis-à-vis de son mari ; qu'il avait, en outre, ainsi qu'elle, une peur excessive du chien et du chat. » Voilà donc un syndrome : la crainte du chien et du chat, nettement dessinée chez le père et la fille. Peut-on contester ces transmissions héréditaires avec, si j'osais dire, des marques de fabrique aussi caractéristiques. La démonstration est péremptoire.

Dans son argumentation, M. Cotard a particulièrement insisté sur l'influence des maladies développées dans l'enfance; j'ai déjà eu l'occasion de vous parler de l'influence active chez quelques sujets, des affections fébriles, de la fièvre typhoïde, des fièvres éruptives; parfois ces affections modifient complètement l'état mental des jeunes malades, et on le comprend aisément si l'on s'en rapporte aux travaux de Fritz *symptômes spinaux dans la fièvre typhoïde*, 1863), de MM. Roger et Damaschino (*Recherches anatomo-pathologiques sur la paralysie spinale de l'enfance*, 1874), de Westphal et de Vulpian sur les lésions médullaires dans la variole et de M. Landouzy (*Des paralysies dans les maladies aiguës*, 1866), qui note les tendances des akinésies à prendre, chez les enfants, la forme hémiplégique ou cérébrale. M. Cotard suppose que c'est surtout au début précoce des accidents qu'est due la production de la dégénérescence, l'hérédité étant réduite à son rôle étiologique général, et, pour mieux faire comprendre sa pensée, il rappelle que l'adulte, devenant sourd, n'offre pas d'autres phénomènes que sa monopathie sensorielle, tandis que si la surdité frappe un jeune enfant,

celui-ci devient sourd-muet; la même cause, la surdité, a présenté, suivant l'âge, des conséquences bien différentes. M. Cotard vise particulièrement les stigmates physiques, mais son raisonnement ne saurait s'appliquer aux stigmates psychiques, car, dès la première enfance, avant que toute éducation ait pu modifier ces jeunes sujets, ils se présentent avec des obsessions, des impulsions, des perversions sexuelles, un trouble fonctionnel, en un mot, que rien en dehors de l'influence héréditaire ne peut expliquer. Chez l'un de ces sujets, en effet, vous le savez, nous avons vu, dès quatre ou cinq ans, le souvenir de la tête ridée de la vieille femme ou de son bonnet de nuit, provoquer l'érection; une autre fois, c'est une impulsion irrésistible à l'incendie, au vol, c'est la crainte du toucher, etc.

Il faut donc admettre autre chose qu'une évolution spéciale d'une lésion organique survenue dans le bas âge, et l'on est forcé de remonter à une disposition particulière ayant des racines jusqu'aux ascendants.

M. Christian, de son côté, est entré dans des considérations fort intéressantes sur l'influence des conditions biopathologiques des parents, au moment de la conception.

Enfin M. Bouchereau a insisté pour la production des dégénérescences, sur l'action puissante des maladies développées pendant la vie fœtale.

En résumant les diverses opinions émises sur l'étiologie des dégénérescences mentales, on voit que la question a été étudiée sous tous ses aspects.

Pour M. Falret, c'est l'influence héréditaire des ascendants dont il faut tenir compte. M. Christian a attiré plus particulièrement l'attention sur l'état des parents au moment de la conception ; M. Bouchereau insiste sur les maladies de la grossesse ; enfin M. Cotard incrimine les maladies du jeune âge. Pour notre part, nous reconnaissons l'existence de toutes ces

causes, mais nous ne pouvons nous empêcher d'attribuer la plus large part aux influences héréditaires. Tels sont, contre la dénomination d'héréditaires, les principaux arguments qui tombent par l'adjonction du mot dégénérés.

Avant de passer aux critiques de détail adressées par M. Falret à la folie des héréditaires ou dégénérés, tel que nous l'avons constitué, il est nécessaire de relever les erreurs de la doctrine de Morel, erreurs qui semblent avoir pesé sur l'argumentation de M. Falret. Nous devons beaucoup à Morel pour l'étude des héréditaires, mais, il faut bien le reconnaître, ce maître distingué s'est mis, sur plusieurs points, en désaccord avec la clinique. Ainsi Morel a créé le délire émotif à titre de maladie distincte avec des éléments propres à la folie des dégénérés. Ses observations sont des plus démonstratives sous ce rapport, et toutes se rangent, sans le moindre effort, dans le cadre de la folie des dégénérés. D'autre part, peut-on admettre comme forme indépendante sa folie hypochondriaque, qu'il place à côté des folies épileptique et hystérique, considérant l'hypochondrie comme une névrose traitée sur le même pied que l'épilepsie et l'hystérie. Or, les hypochondriaques de Morel ne sont, pour la plupart, que des héréditaires dégénérés ou des délirants chroniques. Le délire hypochondriaque est une des formes délirantes de notre groupe et s'ajoute aux autres délires, ambitieux, mélancolique, mystique, érotique, etc., affectant, d'ailleurs, les mêmes caractères que ces derniers, au point de vue du mode d'apparition et de la marche.

Voici un exemple instructif sous ce rapport :

J'ai eu, il y a quelques jours, l'occasion d'observer une jeune dame qui m'a été adressée par M. Mierzejewsky, le savant professeur de la Faculté de Pétersbourg. Très émotive, elle raconte que, depuis quelque temps, après la triste nouvelle de la mort *subite* d'un ami dont la santé paraissait excellente, elle s'est figurée qu'à son tour elle mourrait subi-

tement; elle s'est crue affectée de tænia et a fait un traitement approprié contre ce parasite imaginaire. Elle a fouillé dans des livres de médecine et elle a bâti à son usage des théories plus ou moins étranges; elle est très préoccupée surtout de s'assurer de la régularité des battements de l'*artère du sommeil;* c'est une artère pleine de vigilance, située à côté du cou et dont le libre jeu est la seule garantie de la vie. Sous l'influence de ces préoccupations hyponchondriaques le sommeil est troublé, la malade est triste; et, par moments, saisie de peur, en proie à de vives inquiétudes, elle est prise de violentes palpitations. Voilà les phénomènes saillants, ceux dont parle la famille disposée à ne pas voir autre chose et répondant par la négative aux autres questions du médecin. Toutefois, en insistant, on parvient à reconstituer une histoire pathologique non dénuée d'intérêt. Notre interrogatoire sur les antécédents héréditaires éveillant certaines susceptibilités, nous avons dû glisser rapidement, notant toutefois que le père, beaucoup plus âgé que la mère, était affecté d'un tic de la tête assez significatif.

Quant à la malade, dès l'âge de douze ans, elle s'est montrée méticuleuse, scrupuleuse; elle habitait une grande propriété à la campagne et donnait parfois aux paysans du voisinage des conseils qu'elle puisait dans un livre d'homœopathie. Quand ses clients guérissaient tout allait bien, mais dès que la maladie se prolongeait notre jeune homœopathe s'inquiétait, se reprochait d'avoir mal soigné ses malades et s'attribuait tous les phénomènes fâcheux qui survenaient; on s'en remettait alors à un médecin pour les soins ultérieurs. Vers cette époque aussi, elle commença à se poser de grands problèmes de métaphysique; elle s'interroge sur l'origine du monde, sur Dieu, sur la Trinité, sur Jésus-Christ, etc. Dans ces interrogations monotones, nombreuses et fatigantes, si elle ne trouve pas une solution un peu satisfaisante, elle s'ir-

rite, s'angoisse se désespère, elle se sent oppressée, le cœur bat avec force et elle craint de se trouver mal. Ce n'est pas tout : un peu plus tard, apparaît l'obsession des mots injurieux ou malfaisants. Ce sont des mots tels que *Cochon*, *Dieu*, *diable*, *maudit*. Ils viennent la troubler subitement dans tous les actes de sa vie et dernièrement le mot *cochon* s'impose à son esprit pendant que le matin elle mangeait un morceau de pain bénit; très superstitieuse, elle en est fortement émue et redoute un malheur. Elle en est encore vivement impressionnée, et, au milieu de son récit, ses yeux se remplissent de larmes. Elle éprouve quelques troubles de la sensibilité générale, de la pesanteur sur le front, de la gêne entre les deux yeux, une tension pénible de tout le haut du visage. Telle est notre malade hyponchondriaque que la déséquilibration mentale et les stigmates psychiques (folie du doute et onomatomanie) rangent, sans conteste, dans le groupe des héréditaires ou dégénérés.

C'est en cédant à des considérations analogues à celles que nous venons de critiquer que M. Falret a cru devoir présenter quelques objections, d'ailleurs secondaires, à la constitution de notre groupe des héréditaires ou dégénérés. M. Falret suppose que j'en étends trop les limites : il voudrait laisser en dehors quelques anormaux qui ne pèchent que par quelques bizarreries de caractère. Il s'agit de serrer de près la question et de voir ce que sont ces névropathes, ces émotifs, ces hyponchondriaques, en un mot, ces anormaux cantonnés par certains médecins sur les frontières de la folie ; si ces sujets, en effet, présentent des caractères analogues à ceux des dégénérés réputés aliénés, pourquoi ne les rangerions-nous pas dans le même groupe ? Voyons des exemples : Un déséquilibré vit dans la société, gère ses affaires, occupe une situation plus ou moins importante et, en dehors de sa famille et de ses intimes, personne ne soupçonne sa déséquilibration

mentale ; on sait toutefois que par moments, cet homme a la singulière manie de prononcer, en dehors du courant de ses idées, certains mots grossiers ou non, peu importe, il a conscience de la bizarrerie de ces étranges apostrophes, il sait qu'il a tort d'agir ainsi, mais il est obligé de céder à ce besoin irrésistible de projeter au dehors l'image tonale qui, analogue à la décharge électrique, s'échappe du centre cortical. Pour le public, c'est un original et pour beaucoup de médecins un simple prédisposé, et cependant y a-t-il, au point de vue de la nature de la maladie, une différence avec cet autre déséquilibré, qui, lui, n'a pas un mot à projeter au dehors, mais bien un choc et qui, sans nul motif, est poussé à porter un coup violent sur le passant inoffensif placé devant lui ?

Un jeune homme de vingt ans nous en fournira aujourd'hui même un exemple ; nous verrons aussi une malade qui subitement, irrésistiblement, sans nul motif, jette à terre ce qu'elle tient dans sa main ou qui se trouve à sa portée. C'est ainsi qu'elle a failli tuer son enfant qu'elle tenait dans ses bras et que subitement, irrésistiblement, elle a jeté à terre.

Celui qui donne un coup n'est plus regardé comme un original, c'est un aliéné dangereux et cependant le trouble fonctionnel n'est-il pas le même ? Que se passe-t-il là, en effet, n'est-ce pas encore un besoin irrésistible de mouvement, une décharge d'un centre en état d'éréthisme ? Dans les deux cas il y a d'abord lutte, résistance, mais peu à peu le centre surexcité s'émancipe, échappe à l'action modératrice des centres supérieurs, c'est-à-dire à la volonté. Le sujet qui prononce le mot malgré lui, celui qui frappe malgré lui, sont pour le clinicien des malades du même groupe. La nature du phénomène est la même, les conséquences de l'acte seules diffèrent.

Poursuivons : le déséquilibré qui, ne trouvant pas un mot s'inquiète, se lamente, s'angoisse, se sent oppressé jusqu'au

moment où il parvient à procurer à son centre cortical l'image tonale désirée ; ce sujet n'est-il pas le même que le dipsomane qui s'attriste, s'excite, s'exaspère tant qu'il ne peut satisfaire le besoin impérieux de boire? Qu'y a-t-il dans les deux cas, sinon un effort irrésistible pour reproduire une sensation appropriée à un centre déterminé ? Il n'y a donc pas de motif pour séparer ces différents malades, pour exclure ces prétendus prédisposés du cadre des héréditaires ou dégénérés. D'autre part, si je fais entrer dans le cadre de la folie des héréditaires ou des dégénérés, l'idiotie, l'imbécillité, la débilité mentale, c'est-à-dire si je suis par dégradations successives la gamme intellectuelle dans ces différentes dégénérescences, c'est pour mieux comprendre l'état mental des héréditaires qui sont les dégénérés les plus élevés dans l'échelle mentale. Ce n'est d'ailleurs que par cette étude comparative que l'on parvient à se bien pénétrer de la désharmonie des facultés, du défaut d'équilibre du moral et du caractère.

En second lieu, M. Falret pense qu'en dehors même de ces prétendus prédisposés, je comprends à tort dans le groupe des héréditaires ou des dégénérés, des états pathologiques considérés jusqu'ici comme des maladies distinctes. C'est, au contraire, le principal avantage de l'étude synthétique des héréditaires ou dégénérés que de pouvoir réunir dans un même cadre des syndromes de manifestations différentes, il est vrai, mais émanant tous de ce même fonds, de la déséquilibration mentale, si caractéristique de l'héréditaire. C'est parce que le mécanisme cérébro-spinal se trouve faussé d'une certaine manière, que peuvent se produire tous ces phénomènes si bizarres que j'ai désignés sous le nom de syndromes épisodiques, et qui se résument en obsessions, en impulsions, en phénomènes d'arrêt, en phénomènes *inhibitoires* dont l'aboulie nous fournit des exemples. Ces syndromes ne se dé-

veloppent que chez les seuls dégénérés ; ils méritent d'être considérés comme des stigmates psychiques de la folie des héréditaires. D'ailleurs, la clinique se charge elle-même de démontrer que ces syndromes sont bien des phénomènes du même ordre, puisqu'on les voit en plus ou en moins grand nombre réunis chez le même sujet et qu'il est rare de trouver des malades qui n'en présentent qu'un seul.

DEUXIÈME LEÇON

Des héréditaires dégénérés (*suite*).

SOMMAIRE. — Les syndromes épisodiques se montrent rarement isolés chez un même malade. Les syndromes multiples chez une héréditaire dégénérée affectant l'axe cérébro-spinal en son bon entier.

Observ. I. — Dégénérescence mentale. Fugues, impulsions, suicide et homicide. Peur de l'eau. Arithmomanie. Perversions sensuelles.

Observ. II. — Débilité mentale. Impulsions à jeter : jette son enfant à terre.

Observ. III. — Débilité mentale. Mouvements irrésistibles, Impulsions à imiter les mouvements. Onanisme. Frigidité, délire ambitieux.

Observ. IV. — Dégénérescence mentale. Coïncidence de nombreux syndromes. Hérédité similaire : délire du toucher chez la mère ; tics chez les collatéraux.

Observ. V. — Onomotomanie (Coprolalie, mots compromettants, écholalie). Délire mélancolique.

Délire d'emblée simple ou polymorphe.

Observ. VI. — Débilité mentale, délire ambitieux.

Observ. VII. — Folie morale. Perversions instinctives multiples ; perversions sexuelles, idées de suicide et d'homicide ; vol ; tendances à boire.

Observ. VIII. — Débilité mentale. Accès délirant. Hypospodias périnéal à forme vulvaire (pseudo-hermaphrodite mâle).

Messieurs,

Nous avons encore dans le service, mais très améliorée, une malade que nous avons examinée l'année dernière et dont l'axe cérébro-spinal est déséquilibré en son entier. Cette femme perd par moments tout en restant consciente, la libre direction de ses mouvements. Tantôt c'est un mouvement limité d'un membre, d'autres fois, ce sont des mouvements

combinés, tels que le frottement d'une main contre l'autre, la marche en avant, sans pouvoir s'arrêter. La moelle est donc émancipée et n'obéit plus à l'influence psycho-motrice. Puis ce sont des rires, des pleurs involontaires, sans nul rapport avec l'état cénesthétique du sujet, traduisant ainsi l'action indépendante de la protubérance. Dans d'autres moments, elle prononce des mots qu'elle ne voudrait pas dire, si elle essaye de résister, elle éprouve du malaise, elle est angoissée, elle se sent suffoquée ; quelquefois, elle se retire dans un lieu écarté, et, une fois seule, elle prononce le mot et se sent soulagée ; quoi qu'il en soit, les images tonales échappent à l'action volontaire et dénotent l'indépendance des centres corticaux postérieurs. Enfin, dans quelques circonstances, ce n'est pas un mot, mais tout un discours qu'elle est forcée malgré elle de prononcer, ou bien encore des chants involontaires, manifestant ainsi la déséquilibration des centres cérébraux antérieurs. Ce n'est pas tout ; parfois elle est poussée à frapper un inconnu, un ami, un parent ; elle résiste, s'isole, demande à être enfermée dans une chambre, restant quelquefois très longtemps sous le coup d'une décharge de la région psycho-motrice. D'autres fois encore ce sont des phénomènes *inhibitoires*, des phénomènes d'arrêt qui se produisent ; debout, la malade ne peut plus s'asseoir, ou bien assise, elle ne peut plus se lever. Elle offre encore, vous vous le rappelez, des perversions sexuelles, qui en font successivement une spinale, une *spino-cérébrale postérieure* et une *spino-cérébrale antérieure*. Telle est cette série de syndromes épisodiques, différant les uns des autres, mais se trouvant tous, ainsi que nous l'avons déjà indiqué, sous la dépendance étroite de la déséquilibration du système cérébro-spinal.

Une autre malade, que nous examinerons aujourd'hui, âgée de 69 ans, s'est vue en proie, à diverses périodes de sa

vie, à des impulsions suicides, à des impulsions homicides; elle a été obsédée par l'idée du nombre et elle comptait les fenêtres d'une maison, les carreaux d'une fenêtre, elle suivait une série très longue de nombres pairs. Enfin sous le coup de perversions sexuelles, elle s'introduit des serviettes dans le vagin pour se livrer à l'onanisme. Ces faits de multiplicité de syndromes chez le même sujet, ne sont pas rares aujourd'hui, où les observations sont plus complètes, et il est même exceptionnel de voir un dégénéré réduit à un seul de ces stigmates psychiques. Vous consulterez avec fruit, sous ce rapport et aussi pour les questions générales que je n'ai fait qu'ébaucher, le mémoire, couronné par la Société médico-psychologique, de M. Saury, sur la folie des héréditaires, et la thèse de M. Legrain, dont je vous ai déjà parlé, sur le délire chez les dégénérés. L'examen des malades, que nous allons faire ensemble, fixera dans votre esprit quelques-uns des points les plus importants de cette étude clinique.

Obs. I. — *Dégénérescence mentale. — Fugues. — Impulsions au suicide et à l'homicide. — Peur de l'eau. — Arithmomanie. — Perversions sexuelles.*

Mme C..., âgée de 69 ans, est entrée le 30 septembre de cette année, au Bureau d'admission. Elle a toujours été bizarre, et d'une mobilité d'esprit extraordinaire pendant toute sa vie, et surtout depuis une quarantaine d'années elle a présenté une série d'obsessions et d'impulsions dont voici brièvement l'histoire : Vers l'âge de 12 ou 14 ans, elle fait une série de fugues, absolument non motivées. Elle avait un besoin irrésistible de mouvement. Depuis quelques années, même mobilité. Mme C... vit chez l'un ou chez l'autre, en vraie nomade, sans pouvoir se fixer nulle part. Il y a 45 ans, à la suite d'une couche, apparaît l'obsession du suicide, sans aucune idée préconçue, sans qu'elle sût pourquoi. Ces mêmes obsessions sont revenues par la suite d'une manière assez intermittente, mais toujours avec un caractère absolu d'irrésistibilité. Elle est partie plusieurs fois de chez elle pour se jeter à l'eau, tout en se disant : « Comme c'est absurde cette idée-là ! » Cette obsession du suicide a engendré un

autre syndrôme : la *terreur de l'eau*. Depuis 40 ans, la malade n'avait pas pris de bain, parce qu'elle avait peur de s'y noyer. C'est une idée qui l'obsède. Depuis quelque temps, des impulsions homicides ont apparu. Mme C... a peur de tuer ses enfants ou d'autres personnes, et soigneusement, elle enferme les couteaux pour éviter de faire un malheur, si elle venait à manquer de force pour résister à l'impulsion. Pendant toute sa vie, elle a encore été poussée irrésistiblement à compter mentalement toute espèce d'objets. « C'est pour me distraire, » dit-elle ; mais il n'en est pas moins vrai qu'elle est absolument incapable de s'en empêcher quand cette idée intervient. Enfin, il y a eu des impulsions dans la sphère génitale. Mme C..., âgée de 69 ans, ressent depuis 5 ou 6 ans un appétit génital instinctif, qu'elle ne peut réprimer et dont elle souffre très fort moralement. Quand l'excitation survient, elle s'onanise, et s'introduit une serviette dans le vagin. « C'est plus fort que moi, dit-elle, après je le regrette. » La mère de Mme C... était complètement déséquilibrée ; son père, quoique cultivé, s'adonnait à la boisson ; son frère est déséquilibré, exalté et buveur. Elle a eu neuf enfants tous mal équilibrés, mobiles comme elle ; l'un d'eux est faible d'esprit, *épileptique*, et d'une moralité douteuse.

Observ. II. — *Débilité mentale. — Impulsions à jeter : jette son enfant à terre.*

G..., Berthe, âgée de 28 ans, entre à l'Admission, le 17 juin 1886.

C'est une faible d'esprit, présentant une légère asymétrie faciale. Elle a toujours blésé en parlant, mais depuis six ans surtout, elle bredouille, parle très vite, répète des mots inutilement dans le discours ; on la comprend difficilement, et l'on est obligé souvent de l'inviter à répéter certains mots. Trois ans avant son entrée, elle présentait des impulsions fréquentes sur lesquelles son amant a donné quelques renseignements, mais qui n'a rien pu nous dire au sujet des antécédents héréditaires de la malade. Les seuls actes maladifs présentés par celle-ci, sont relatifs à l'impulsion à lancer ou à jeter un objet qu'elle tient à la main, ou qu'elle prend à côté d'elle. Ces impulsions n'existent pas constamment, elles naissent subitement, sans qu'aucune cause apparente préexiste. Tout à coup, on voit la malade, qui un instant auparavant était calme, lancer à terre un objet quelconque ; puis tout rentre dans l'ordre ; la malade, qui a assisté consciemment à l'accomplissement de l'acte, en est étonnée et affectée. Elle déclare, qu'en aucune façon, elle n'a été capable de se retenir. Et de fait, l'acte est accompli à froid, sans

colère. Parfois la malade résiste, mais l'impulsion est plus forte, et l'objet est jeté. S'il y a résistance, elle éprouve des symptômes physiques bien connus en pareil cas : pâleur de la face, serrement à l'estomac. De même, lorsque l'acte est accompli, elle se sent soulagée. C'est ainsi que depuis trois ans, elle casse tout chez elle ; ce sont surtout les ustensiles de cuisine et la vaisselle qu'elle brise. Pendant le repas, au moment où elle est en train de manger, l'idée lui vient de jeter à terre un litre de vin, une assiette ; aussitôt l'acte est accompli. D'autres fois, elle lance des objets contre son entourage sans avoir l'intention de faire du mal. C'est ainsi qu'elle a lancé une bouteille à la tête d'une dame qui lui venait en aide pour son ménage, et qui lui prête de l'argent ; elle ignore pourquoi elle l'a fait et s'en repend amèrement. Elle pleure, disant que ce n'est pas sa faute, que c'est plus fort qu'elle, qu'elle n'a aucune intention méchante. Il y a un an, elle dînait avec son mari à la terrasse d'un restaurant. Pendant le repas elle saisit la bouteille et la brise contre terre. Elle fait cela très simplement, sans colère, sans qu'il y ait eu altercation, sans être grise. Un autre fait qui eût pu avoir des conséquences plus graves est le suivant : Elle se promenait un jour tenant son enfant dans ses bras ; tout à coup elle le lance irrésistiblement sur le gazon. Entrée à l'Admission le 17 juin, elle ne tarde pas à se calmer. Plusieurs impulsions se sont pourtant produites : Le 20 juin, elle lance tout à coup à terre sa timbale, sa cuiller et un vase contenant de l'huile qui se trouvait à côté. Nous la voyons quelques minutes après, et nous la trouvons calme, regrettant ce qu'elle venait de faire. Elle avait cherché à se retenir deux ou trois fois. Le lendemain, elle lance à terre un bol qu'elle tenait à la main. Même attitude, mêmes explications.

Observ. III. — *Débilité mentale. — Mouvements irrésistibles. — Impulsions à imiter les mouvements. — Onanisme. — Frigidité. — Délire ambitieux.*

P..., Alfred, âgé de 21 ans, est un enfant naturel. Sa mère est morte lorsqu'il était encore tout jeune ; ses grands parents maternels l'ont élevé. Il n'a pas fait de graves maladies dans son enfance, et n'a jamais eu d'accidents convulsifs. Cependant il est strabique, il blèse un peu par moments, même il bégaye. La tête est parfois animée dans son ensemble de tics convulsifs. Il a reçu une éducation primaire sommaire. Déjà étant tout jeune il avait des idées baroques, son caractère était bizarre. Faible d'esprit, mal équilibré, il ne pouvait se livrer à un travail suivi. Apprenti imprimeur, il

était désordonné dans son métier. A cet époque, il y a 4 ans, il interrompait sa besogne pour exécuter des gestes bizarres. Il remuait le pouce ou le petit doigt de sa main gauche, leur faisant exécuter plusieurs fois de suite des mouvements de subluxation. Pendant son travail, on le voyait parfois tout à coup s'arrêter, ramener le coude au corps et lancer un coup de poing en avant. L'idée de donner un coup de poing ou de remuer le pouce lui traverse, dit-il, l'esprit; il comprend bien l'étrangeté de sa manie, mais le désir est plus fort que la volonté; il ne peut se retenir, et se trouve satisfait après le mouvement. Il tire au sort, est envoyé dans l'infanterie de marine à Cherbourg. Au bout de quinze jours, on le réforme, il revient à Paris chez ses parents. A la maison, les mêmes mouvements irrésistibles continuent à s'effectuer; il fait des grimaces à table et exécute des mouvements avec ses doigts, ou bien il lance un coup de poing. Il avait retenu du régiment les manœuvres préliminaires de gymnastique, les mouvements rhythmés des bras et des jambes. Parfois chez lui il prenait un bâton et le maniait comme à l'école de soldat. Ou bien encore il se tenait debout, comme à l'exercice militaire, tenait les coudes au corps et exécutait les différents mouvements qu'on lui avait appris à Cherbourg. Il commençait par prendre l'attitude fixe, ensuite se courbait en avant, mettait les coudes au corps, étendait les bras. Ces mouvements étaient rapides et rhythmés, il les exécutait un grand nombre de fois. Ajoutons qu'aucun de ces mouvements n'avait la moindre utilité; ils étaient accomplis par le malade, sans qu'il pût les réprimer un seul instant. Avant de se coucher il était encore obsédé par l'idée d'agir ainsi, l'impulsion était irrésistible. Il sentait bien le ridicule et la bizarrerie de sa conduite, mais il lui était impossible de se mettre au lit, avant d'avoir fait l'exercice. Après avoir exécuté ces mouvements il était satisfait et pouvait s'endormir. Il y a environ six mois qu'il est en proie à ces impulsions. Depuis un peu plus de deux ans l'idée de s'instruire lui est venue peu à peu. Il voulait devenir savant et lisait tous les livres qu'il pouvait se procurer.

Il se mit à lire le Paradis perdu de Milton et s'imagina ensuite qu'il était devenu Lucifer; c'était lui le diable. Plus tard, à la suite d'une autre lecture, il aurait désiré se métamorphoser en serpent. Il eut aussi l'idée de chercher la pierre philosophale et de faire de l'or. Il étudia la chimie. Il faisait ses essais sur un poêle, faisait rougir des sous, mélangeait du nitre et du soufre, fabriquait de l'eau régale pour dissoudre l'or, etc. Il ramassait des pierres, des cailloux, en remplissait ses poches, les examinait, comme s'ils étaient du minerai d'or, cherchant le moyen d'en extraire le métal

précieux. Il s'enfermait quelquefois une heure dans les cabinets d'aisance, étudiait en cachette ses cailloux, de peur qu'on ne surprît son secret. Depuis quelque temps il se laisse aller à son penchant pour l'ivrognerie; il boit du vermouth et de l'absinthe. « Son père se grisait, dit-il, il suit son exemple et se grise. » Les habitudes d'onanisme sont anciennes chez lui. Il se masturbe le soir en se couchant, et le matin à son réveil. Un jour, en proie à une excitation génésique intense, il entre dans une maison publique et, malgré les caresses d'une femme qui lui plaît et son ardent désir de cohabitation, il reste totalement frigide. Parfois il a des éjaculations la nuit au milieu de rêves lascifs. Depuis qu'il est dans le service il ne lance plus son poing en avant, il ne remue plus le pouce, il ne fait plus aucun mouvement avant de se coucher. Ses idées ambitieuses, en partie disparues, persistent néanmoins encore, il ramasse de temps à autre des cailloux et il en a constamment dans ses poches. Mais un autre phénomène s'est produit : il obéit à une impulsion d'une autre nature; il imite les attitudes de certains malades, et contrefait irrésistiblement leurs gestes. Placé à table à côté d'un hémiplégique droit, il laisse, pendant toute la durée du repas, retomber le bras droit le long de la jambe immobile comme s'il était lui-même paralysé. Il sent bien qu'il est ridicule, mais une force invincible l'empêche pendant un certain temps de reprendre son attitude normale.

Observ. IV — *Dégénérescence mentale. Coïncidence de nombreux syndromes (Délire du toucher, folie du doute, agoraphobie, tics convulsifs, mouvements irrésistibles). Déséquilibration intellectuelle. Hérédité similaire. Délire du toucher chez la mère, tics chez les collatéraux.*

M. B..., âgé de 41 ans, est un malade qui présente un très grand intérêt clinique, en raison du nombre considérable de syndromes dont il a souffert jusqu'à présent. Intelligent, il rend très exactement compte de toutes ses sensations.

Il n'y a rien à signaler dans son enfance, si ce n'est le début de son délire du toucher ; mais nous y reviendrons plus loin pour ne pas scinder la description du syndrome. Pas de mauvais instincts. De 17 à 21 ans, il apprend très convenablement le métier d'horloger. Il ne se souvient pas d'actes bizarres à cette époque. Pas de chorée. Mais, fait remarquable, car c'est un stigmate que l'on rencontre encore chez trois membres de sa famille, les orbiculaires palpbéraux sont animés de *tics convulsifs*, en quelque sorte à l'insu

du malade. Ces tics persistent aujourd'hui. A ces tics orbiculaires s'en joignaient d'autres dans son enfance ; il haussait les épaules, contractait les muscles du cou : sa mère l'appelait *le grimacier*. Il n'a jamais été très gai ; parfois, il avait des moments d'humeur, et se tenait sans savoir pourquoi loin de ses camarades ; il n'a pas eu d'idées de suicide. D'autres fois, au contraire, il avait des moments d'exaltation avec légère excitation. C'est à partir de 21 ans surtout qu'il est en proie à des obsessions et à des impulsions de toute nature. De 21 à 25 ans, le *doute* apparaît. Très bon soldat, très régulier, n'ayant jamais de punition que pour s'être montré trop indulgent pour ses inférieurs, il avait néanmoins des doutes exagérés sur la manière dont il remplissait son devoir, et ses doutes le préoccupaient constamment, « C'était exagéré, dit-il, je le savais bien mais c'était plus fort que moi. » A 26 ans, il entre dans une grande administration, et il y fait son service très régulièrement. Jusque dans ces dernières années, ses doutes ne se montrent pas très obsédants. Toutefois, ils se manifestent dans les circontances les plus diverses. Un jour, préparant sa malle pour partir en voyage, il perd son temps à déplacer et à ranger plusieurs fois de suite son linge et ses effets ; il a failli manquer le train.

Depuis quelques années, le doute prend une forme des plus caractéristiques. M. B..., a cloué solidement lui-même des planches dans une chambre de son logement. Vingt fois par jour, l'idée singulière lui vient que, peut-être, ces planches ne sont pas solides. Alors, il n'a pas de repos tant qu'il ne s'est pas assuré d'une chose dont il est, par avance, absolument certain ; il se lève, va toucher les planches, revient, mais, repris aussitôt par le doute, il retourne encore et ainsi plusieurs fois. Pendant qu'il lit un journal, tout à coup, le doute surgit, il ne comprend plus rien à ce qu'il lit tant qu'il ne s'est pas levé pour s'assurer encore si la planche est solide, etc.

Telles sont ses dispositions au doute ; voici maintenant le délire du toucher. Insistons sur ce fait, que dès la première enfance, il avait la crainte du toucher, qu'il se trouve ainsi précéder d'une quinzaine d'années la folie du doute. De plus, ce syndrome est héréditairement transmis par la mère. Dès l'enfance, M. B... avait l'impulsion invincible quand il était à table, de chasser de la main ou du couteau la moindre miette de pain qui séjournait auprès de son assiette. Ce fait très simple avait le don de l'horripiler. Mais l'acte n'avait pas pris simplement les caractères d'une habitude ; il y avait quelque chose de plus ; cette habitude était insurmontable ; de plus, M. B... avait conscience de son côté ridicule ; enfin, si par hasard, il se trouvait en société, et qu'il fut empêché ainsi de se livrer à sa manœuvre

habituelle, il éprouvait de l'angoisse jusqu'à ce que, ayant profité d'un instant où les regards étaient loin de lui, il l'eût accompli à la hâte. Cette singulière manie lui avait fait décerner dans son milieu le sobriquet de « *balayeur* ».

Cette impulsion est loin d'être guérie. Aujourd'hui elle existe encore avec les mêmes caractères. D'autres préoccupations s'y sont jointes. Le malade procède vis-à-vis de tous les petits points noirs qu'il découvre dans ses aliments, comme il le fait pour les miettes de pain; il les écarte systématiquement sans pouvoir donner la raison de cette bizarrerie. Toujours est-il que rien ne les lui ferait manger. Plus récemment, M. B... s'est vu dans l'obligation de se laver les mains cinquante fois par jour, à tout propos, dès qu'il avait touché un objet propre ou sale. Cette habitude qu'il a contractée est devenue absolument irrésistible. Elle est à rapprocher du délire du toucher de la mère qui, comme nous le verrons plus loin, était obligée de se laver chaque fois qu'elle avait touché un sou. Enfin, M. B..., ne peut plus maintenant toucher la main de quelqu'un sans se l'essuyer immédiatement aux pans de son habit. Si vous lui demandez pourquoi il le fait, il sera bien embarrassé de répondre; c'est plus fort que lui il souffre de cette habitude, car il n'ignore pas ce qu'elle a d'inconvénient. C'est à ce point que, dans la rue, il évite de s'aboucher avec les personnes de connaissance pour n'avoir pas à s'essuyer les mains. L'attitude de notre malade est bien caractéristique, et elle répond de point en point à tout ce que l'on sait du délire du toucher. Mais il n'en est pas resté là, et, depuis cinq ans, pendant qu'évoluaient son doute et sa folie du toucher, un autre syndrome, *l'agoraphobie* est apparue.

A cette époque, M. B... commence à éprouver parfois, dans la rue, des malaises singuliers dont il a parfaitement conscience et qu'il ne peut en aucune façon s'expliquer. A la vue d'une surface lisse, sur laquelle il est oblige de marcher, d'un trottoir mouillé, d'une rue un peu large, et à plus forte raison d'une grande place, il lui est impossible d'avancer, il reste cloué au sol, et il éprouve un très grand malaise; il a des vertiges, il voit tout trouble, il lui semble que le sol se dérobe sous ses pas, ou qu'il court en sens inverse de la direction qu'il prend, ses jambes tremblent, une sueur froide inonde son front, il ressent une angoisse précordiale et il est obligé d'attendre que l'accès soit passé. Ces malaises sont constants depuis cinq années. M. B... s'est aidé d'une canne tout d'abord, puis il s'est arrangé de façon à ne sortir qu'accompagné de sa femme; l'aide d'un bras le calme et le rassure. D'ailleurs, pour se rendre à son travail, il choisit les petites rues, marche avec précaution; s'il rencontre une grande

voie, il l'évite, la contourne jusqu'à ce qu'il ait atteint son but. Le séjour entre quatre murs le soulage ; encore est-il que, quelquefois, le passage d'une chambre à une autre lui est pénible. Deux fois, il lui est arrivé de tomber dans son chemin, mais de tomber d'une façon caractéristique. Tout à coup, le malaise le prend, il éprouve l'angoisse précordiale, les jambes tremblent ; sentant le sol se dérober sous lui, il s'accroupit instinctivement et se cramponne aux pavés, jusqu'à ce qu'un bras secourable l'aide à se relever. Enfin cette infirmité si pénible est la cause que, depuis longtemps, le malade évite de sortir. Lorsqu'il y est obligé, il se prépare de longue main, il est angoissé d'avance et met tout en œuvre pour reculer le moment décisif ; il s'habille, se déshabille plusieurs fois, se lave les mains, se brosse les dents, etc. ; en un mot, qu'on nous passe l'expression « il tue le temps » du mieux qu'il peut.

Voilà donc trois grands syndromes qui évoluent ensemble, et qui plongent notre malade dans une angoisse perpétuelle. Ce n'est pourtant pas tout encore. Son système nerveux est dans un incessant éréthisme, tous ses centres nerveux, très vivement surexcités, se déchargent en quelque sorte constamment ; ils agissent pour leur propre compte, et tout l'axe cérébro-spinal est profondément déséquilibré. Ainsi, du matin au soir, M. B..., produit-il, irrésitiblement, des séries de mouvements complètement inutiles, qu'il se déclare lui-même incapable d'arrêter sans éprouver le malaise caractéristique qui accompagne toujours toute résistance à l'accomplissement d'un syndrome ; anxiété précordiale, sueur froide, étourdissements. M. B..., vous le voyez en mouvement ; pendant que vous lui parlez, il se frotte les mains, les cuisses ou les flancs, il se gratte la tête ; mais l'attitude qu'il préfère et qu'il nous est impossible d'empêcher est la suivante : assis sur une chaise, il la renverse un peu, pour la faire porter sur les pieds de derrière, et, en s'arc-boutant d'autre part sur ses jambes, il se balance légèrement d'arrière en avant, en accompagnant ce mouvement du frottement des cuisses avec les mains. Essayez de l'arrêter, vous le voyez aussitôt pâlir, son front se couvre de sueur, il éprouve un grand malaise ; à ce moment, les tics des orbiculaires redoublent d'intensité. Tout rentre dans l'ordre dès que les mouvements recommencent. Une autre attitude que M. B.. avait coutume de prendre quand il était chez lui, est la suivante : il avait fait accrocher au plafond de sa chambre une corde dont l'extrémité pendait à hauteur du bras. Plusieurs fois dans la journée, il s'asseyait sur une chaise dans l'attitude que nous venons de décrire ; il saisissait la corde de la main droite, et, en tirant sur elle d'une façon rhythmique, il se balançait ainsi pendant longtemps, tandis

que le coude gauche appuyé sur un meuble, il frappait sur sa tête en cadence avec les doigts de la main gauche.

Enfin, quand il est au lit, M. B... continue la série de ses mouvements irrésistibles. Jusqu'à ce que le sommeil soit arrivé, il faut que quelque chose remue : ce sont les muscles de l'abdomen, les muscles de la hanche, ceux du bras, etc. Le sommeil seul met fin à cette gymnastique perpétuelle à laquelle le malade assiste, avec sa pleine conscience, et sans pouvoir la réprimer un instant.

Ce malade, véritable synthèse clinique, est un modèle de déséquilibration cérébro-spinale. Il peut être cependant amélioré; il est soumis à une médication tonique et bromurée et il prend chaque jour une douche froide en éventail.

Un coup d'œil jeté sur ses antécédents héréditaires complètera son histoire en faisant ressortir ce qui revient à l'hérédité similaire. Sa mére est également déséquilibrée. Emotive à l'excès, elle a toujours eu du tremblement. Il lui est impossible de tracer une ligne si elle se sent regardée par quelqu'un. Depuis fort longtemps elle est atteinte du délire du toucher et a particulièrement la crainte des objets de cuivre ; elle ne peut toucher un chandelier, un bouton de porte, si ces objets sont en cuivre. Elle tenait un commerce d'épicerie, et était angoissée chaque fois qu'elle était obligée de toucher la monnaie de cuivre ; elle s'y déterminait avec peine, mais pour aller aussitôt se laver les mains. Si elle était à table, rien ne pouvait la déterminer à se lever pour rendre la monnaie à un client, car il lui eût fallu pratiquer d'abondants lavages. Un autre syndrome qui se trouve très fréquemment lié au délire du toucher, est la *crainte des chiens*. Mme B... poussait cette terreur au dernier degré de l'exagération, dans la rue elle se détournait de son chemin à la vue d'un chien, même inoffensif. Chez elle, entendait-elle aboyer un chien au dehors, vite elle donnait un tour de clé à la serrure. A la terreur du chien, s'est jointe la terreur exagérée de la rage ; en temps chaud, elle évite de sortir, parce qu'elle a entendu dire que les fortes chaleurs sont favorables à l'éclosion de la rage chez les chiens. Mme B...: est aujourd'hui atteinte de paralysie agitante. Six fréres ou sœurs de celle-ci sont mal équilibrés sans présenter de syndromes proprement dits. L'un deux est violent, emporté. Il a une fille qui, paraît-il, ne présente rien de particulier, mais dont l'enfant est atteint de tics. Enfin, un *cousin germain* et une *cousine germaine* du malade ont des tics de la face.

Obs. V. — *Onomatomanie* (*Coprolalie, mots compromettants; écholalie*); *délire mélancolique.*

Mme P... est entrée à l'admission le 20 février 1886. Cette malade, âgée de 63 ans, présente depuis six mois, et pour la première fois, une série d'obsessions et d'impulsions, et simultanément une poussée de délire mélancolique. Mais, elle a toujours eu une intelligence bornée; dévote, elle n'a cessé d'aller à l'église que depuis le commencement de sa maladie, sous l'influence de ses idées mélancoliques. Au point de vue physique, elle présente du strabisme externe de l'œil droit. Ce strabisme est congénital. Depuis quelques années, ses facultés ont légèrement baissé; elle est moins apte au travail; elle vivait avec sa fille, qui était obligée de la surveiller. Cinq ou six mois avant son entrée, elle devient peu à peu triste et préoccupée, et exprime quelques idées de persécution; elle s'imagine qu'on lui en veut, qu'on va l'assassiner; des voix lui disent parfois: « On va te couper le cou, on va te balancer et te jeter à l'eau. » Mais ces idées mélancoliques sont en partie liées à des phénomènes d'une autre nature: à des obsessions et surtout à des impulsions à prononcer certains mots, certaines phrases qu'elle interprète ensuite, et qui servent de thème à ses idées délirantes. Il lui arrive de prononcer sans pouvoir se retenir des mots grossiers: « chameau, vache, cul. » Ces mots arrivent tout à coup à sa pensée, et presque aussitôt ils sont *lâchés* sans que la malade ait eu le temps de les arrêter. D'autres fois, ils expirent sur ses lèvres et ils ne sont prononcés que mentalement. Elle se sent soulagée, pour peu qu'elle les articule. D'autres fois encore, l'obsession seule existe; la volonté conserve encore un peu de son action d'arrêt. Au moment où la malade va prononcer le mot qui l'obsède, on la voit sauter sur sa chaise, et dire: « Ah! j'allais dire un mot, je me retiens. je me retiens « On voit ainsi chez la même malade les étapes successives par lesquelles passe l'obsession pour devenir impulsion: 1° L'obsession existe seule; 2° il y a un commencement d'impulsion; 3° le mot est lâché, et l'impulsion complète succède à l'obsession. Il se présente encore un autre cas: le mot arrive aux lèvres, qu'il ne dépasse pas, mais la malade croit l'avoir prononcé réellement, alors qu'il ne l'a été que mentalement, et elle l'entend se répercuter dans un endroit plus ou moins éloigné d'elle: dans la cheminée, dans la rue. Elle croit bien à ce moment avoir prononcé quelque chose, car elle ne manque pas de dire: « ça m'échappe. » L'obsession et l'impulsion s'accompagnent, comme il arrive souvent, de phénomènes somatiques. Ainsi souvent, au moment où l'obsession du mot arrive, la malade souffre au niveau de

l'estomac ; elle dit que malgré elle, le mot monte de l'estomac aux lèvres, et que, dès qu'il est lâché, elle se sent soulagée. L'obsession du mot n'a pas toujours ce caractère de simplicité. La malade s'imagine que les mots prononcés ont une signification mauvaise malfaisante. Chaque mot prononcé est comme un maléfice qu'elle lance sur quelqu'un ; elle croit en conséquence qu'elle est une misérable, qu'elle nuit à ses parents et à autrui. Elle croit avoir dit que sa fille vit en concubinage avec un jeune homme, et que ses paroles ont entraîné la condamnation de ces deux personnes. Ces préoccupations obsédantes, conséquence de l'obsession des mots, entraînent chez la malade un état mélancolique qui s'est traduit d'abord par des accusations imaginaires, puis par l'idée que la justice la poursuit pour la punir. Elle a voulu se rendre à la Préfecture pour délivrer le jeune homme que ses médisances, ses maléfices imaginaires avaient fait arrêter. Enfin, elle a manifesté à deux reprises l'intention de se suicider : elle a voulu se jeter par la fenêtre, et s'ouvrir les veines. On voit ainsi des obsessions simples donner naissance à un délire triste, grâce à leur interprétation par un esprit débile. Entrée à l'Admission le 20 février 1886, la malade n'a pas tardé à guérir de ses idées délirantes et elle n'est plus préoccupée que par ses obsessions qu'elle expose avec une grande simplicité. Le mot reste le plus souvent à l'état d'obsession simple, et l'impulsion ne dépasse pas ordinairement la première phase d'exécution ; la malade remue les lèvres, mais n'articule pas assez haut pour qu'on l'entende.

Le 8 mars, son attitude est craintive, elle s'imagine avoir dit qu'elle est enceinte ; elle l'a prononcé à mi-voix. En même temps, elle est écholalique ; elle affirme que, quand elle entend prononcer un mot, elle se sent poussée à le répéter, surtout s'il s'agit d'un mot grossier. « Autrefois, dit-elle, quand j'entendais, par exemple, dans la rue, un marchand de poissons prononcer le mot de maquereau, j'étais forcée de le répéter, sinon j'éprouvais un serrement à l'estomac. » Le 4 avril, les obsessions sont un peu moins fréquentes, la malade dit que le mot « chameau » ne lui vient plus à l'esprit, mais elle est obsédée fréquemment par les mots « gourgandine, marie salope. » Ces mots sont toujours prononcés mentalement. Quand elle marche, ou qu'elle tousse, le mouvement qu'elle fait réveille dans ses centres corticaux, l'image tonale de certains mots. A partir du mois de mai, l'amélioration est progressive ; la malade affirme qu'elle est tranquille, qu'elle est beaucoup moins obsédée. Les quelques renseignements relatifs à l'hérédité de Mme P... sont les suivants : Son *père* est mort très jeune, tuberculeux. Sa *mère* était strabique. Son *frère* débile, déséquilibré, faisait des excès de bois-

sons et est mort tuberculeux. Il a eu deux filles qui ont mal tourné. Des deux *filles* qu'a eu Mme P... l'une est morte à 4 mois à la suite de convulsions, l'autre âgée de 34 ans, est restée vieille fille, elle est débile, dévote et présente de l'asymétrie faciale.

La folie héréditaire forme donc un groupe absolument distinct. Les caractères que nous lui avons assignés plus haut et les nombreux faits que nous avons eu l'occasion, à diverses reprises, de faire connaître, l'ont, croyons-nous, suffisamment démontré. Nous pouvons y ajouter encore les preuves cliniques tirées du délire chez les dégénérés, de leurs perversions sexuelles et de leurs stigmates physiques.

Les héréditaires délirent d'une façon qui leur est spéciale, et leur délire a des caractères typiques, parfaitement reconnaissables. Le principal consiste dans la brusque apparition des idées délirantes ; en quelques heures, en quelques jours, tout au plus en quelques semaines, on voit se développer un délire très intense qui peut affecter toutes les formes (maniaque, mystique, érotique, ambitieuse, etc.). Le délire évolue rapidement, il peut être simple, c'est-à-dire n'être constitué que par une seule forme, mais, fréquemment, on voit plusieurs formes se succéder, et tel malade qui était hier ambitieux est aujonrd'hui persécuté ; dans quelques jours il sera hypochondriaque. Voilà une manière de délirer qui est le propre des héréditaires. C'est ce qui constitue le *délire d'emblée* (*délire primaire* de Krafft-Ebing et de Schüle). Il ne présente pas d'évolution régulière comme le délire chronique, par exemple, et il cesse ordinairement brusquement, comme il est venu, après avoir occupé la scène pendant un court espace de temps.

Voici un exemple de délire d'emblée, à forme ambitieuse, chez un dégénéré débile :

Obs. VI. — *Débilité mentale. — Délire ambitieux.*

N..., âgé de 45 ans, est entré à l'admission le 17 septembre 1886, à la suite d'un scandale qu'il avait fait sur la voie publique en représentant à sa façon des scènes guerrières.

C'est un enfant naturel, mais son père, dit-il, devait être un homme d'importance, car il venait le voir en nourrice dans une voiture à deux chevaux. Elevé dans un hospice, on lui fit apprendre l'état de sabotier, puis il partit faire son tour de France. Il vécut ainsi, voyageant beaucoup, plutôt vagabond, incapable de se livrer à un travail suivi et de se fixer dans une localité déterminée. Il a appris tant bien que mal à lire et à écrire. Il y a cinq ans environ, il reste quelque temps dans une grande fabrique de chaussures, où son entourage abusait de la simplicité de son esprit. Ses patrons lui conseillèrent un jour d'aller à Lourdes boire de l'eau miraculeuse, en ajoutant : « Il ne serait pas étonnant que cela vous fît du bien. » Ne comprenant pas qu'on se moquait, il profite d'une occasion, va à Lourdes, visite la grotte, et, tout tremblant d'émotion, avale, coup sur coup, plusieurs gobelets d'eau. Dès le lendemain, l'eau bénite fait son effet ; il se sent devenu artiste et se met à composer des poésies. Plein de lui-même, il recommence à mener sa vie vagabonde d'autrefois et devient très misérable. Comme on lui refusait des secours, l'idée lui vient de mettre à profit ce talent d'artiste qui lui avait été révélé à Lourdes. Il demande l'autorisation de chanter dans les cafés du village ; on lui accorde la permission de chanter deux heures dans les rues ; il fait 6 francs de recette. Ce furent là ses débuts. Dès lors, il se compose un programme de spectacle, ajuste ensemble et entremêle des fragments d'opéras, de mélodrames, qu'il avait eu l'occasion de voir jouer et parcourt la France, trouvant à vivre de cette façon. Il imite l'homme des bois et les grimaces variées des singes, ou bien il chante des refrains populaires ou guerriers ; acteur remarquable et surtout convaincu, sa voix est tendre dans les refrains d'amour ou sévère dans l'action tragique ; pathétique ou badin. il sait faire pleurer ou rire, mais il excelle par-dessus tout dans la représentation des faits d'armes du temps passé : il tombe en courant comme un soldat frappé en montant à l'assaut. Son débit est d'une naïveté singulière et son attitude absolument grotesque. Il s'arrêtait dans les villages et se mettait d'abord en règle avec l'autorité municipale, puis il parcourait les rues en faisant claquer des castagnettes et en secouant des grelots au bout d'un bâton. Il faisait, aux passants rassemblés, l'annonce de son spectacle. Par ses gestes et ses éclats de voix, il prétend imiter le fracas des batailles.

Il mime les faits d'armes de la Révolution, personnifie les généraux Marceau, Desaix, etc., représente à lui seul le passage du pont d'Arcole, les clameurs des soldats, le bruit du canon, et lorsque, au milieu des carrefours, il court, tombe, se relève, se laisse aller à la renverse, en poussant de grands cris, imitant, dit-il, Marceau frappé au cœur, mourant pour la patrie, la scène est si patriotique que le public applaudissant le récompense en lui jetant des pièces de monnaie. Son entrain est tel qu'il est bientôt couvert de sueur. Pour se fortifier, il s'adonne aux boissons alcooliques. Dans une page enrichie de dessins étranges, N... nous a expliqué une partie de son existence et ce fait capital qu'il est devenu artiste après avoir bu l'eau de Lourdes. C'est pour cela, dit-il, qu'il y a de l'analogie entre son histoire et celle de Jeanne d'Arc qui était fille de paysans et qui, étant en prière au bord d'une fontaine, a bu de l'eau comme lui. Son récit est très remarquable par le décousu des idées. Son histoire est entrecoupée de citations étrangères, de couplets, de chansons. Il s'est représenté lui-même se battant en duel.

Depuis son entrée dans le service, il a rempli de nombreuses feuilles de papier de ses dessins, de ses poésies ou de ses écrits. Il va prochainement devenir peintre.

Il a écrit une lettre dans laquelle il se plaint que l'administration n'a pas encore eu la sagesse d'utiliser ses talents. Il aurait diverti les malades de l'Asile, et les entrées du public payant lui auraient fait réaliser une forte somme. Par moments, il se dit prophète, mais cette nouvelle idée ambitieuse est passagère. Un instant après il ne songe plus à ses prophéties. On l'occupe à l'atelier de cordonnerie et avec des morceaux de cuir qu'il ramasse, il prétend fabriquer une église cathédrale. Il a toujours sur lui un crayon et du papier. Il compose, étudie des types, et, chemin faisant, prend des notes pour ses représentations futures.

Disons encore que ces délires peuvent persister longtemps; mais, que leur durée soit longue ou courte, le mode d'évolution et le polymorphisme du délire en seront toujours la caractéristique, la marque de fabrique en quelque sorte. Les anomalies, les perversions sexuelles, dont les exemples abondent, sont pour la plupart fournies par le groupe des dégénérés. Elles rentrent en grande partie dans le chapitre clinique intitulé folie morale, qui lui-même est un chapitre de l'histoire des dégénérés. Le reste relève de l'histoire des

syndromes et en possède tous les caractères (obsession, impulsion, irrésistibilité). Ces différentes anomalies se présentent à l'observation souvent dès le jeune âge, et ce n'est pas un de leurs caractères les moins importants. Leur apparition précoce comme celle des autres syndromes (voir plus haut) plaide mieux que tout autre argument en faveur de la prédisposition. Nous donnons de suite un exemple de folie morale avec perversions sexuelles extraordinairement développées chez une jeune fille de 12 ans.

Obs. VII. —*Folie morale. Perversions instinctives multiples ; perversions sexuelles; idées de suicide et d'homicide, vol; tendances à boire.*

J... (Georgette), âgée de 12 ans, a été internée le 17 mars 1886. Physiquement, elle est normalement constituée; sa physionomie est agréable; elle ne présente pas d'asymétrie faciale, ni aucun stigmate physique pouvant faire songer à première vue à une dégénérée. Il y a, sous ce rapport, un contraste singulier entre l'état physique et l'état moral, qui présente, lui, les difformités les plus invraisemblables.

Mise en pension assez jeune, elle s'y fait déjà remarquer par son indiscipline, par son peu d'aptitude et surtout par ses mauvais instincts. Elle a pu à peine apprendre à lire et à écrire. C'est au point de vue sexuel surtout qu'elle présente de graves anomalies. A la pension, elle se masturbait fréquemment et recherchait le commerce de ses compagnes, qu'elle masturbait et par qui elle se faisait masturber. Sortie de pension, elle a continué ces pratiques; elle s'onanisait, dit sa mère, plus de trente fois par jour. Elle a commencé vers l'âge de cinq à six ans. A cet âge, un jeune homme aurait pratiqué des attouchements sur elle, et elle affirme que, depuis cette époque, elle éprouve le besoin irrésistible de ressentir les mêmes sensations.

Mais elle ne s'en tient pas là. Revenue chez sa mère, elle ne peut être constamment surveillée par celle-ci, dont la présence est nécessaire dans son commerce. Elle en profite pour faire de nombreuses fugues. Elle n'avoue pas tout ce qu'elle faisait au dehors, mais ce qui est certain, c'est que souvent elle provoquait, dans les Champs-Elysées, des individus qu'elle entraînait derrière les massifs, et là

elle se livrait sur eux à l'onanisme avec la main ou avec la bouche. La mère affirme qne sa fille lui a dérobé de l'argent qu'elle a distribué à des individus qu'elle provoquait.

L'un d'eux essaya de pratiquer le coït sans y réussir, fit ensuite des tentatives de sodomie, finalement la petite malade se livra sur lui à l'onanisme buccal. En rentrant, comme elle avait des taches de sperme sur ses vêtements, elle expliqua leur présence en disant qu'un homme avait uriné dans sa bouche. Elle avait coutume, en rentrant de ses escapades, de laver les taches qui souillaient son linge, pour qu'on ne s'aperçut de rien.

Dans les derniers mois qui ont précédé son entrée, outre les anomalies que nous venons de raconter, Georgette n'avait plus aucun soin de sa personne, elle ne se lavait pas, restait longtemps sans se peigner. Elle mentait impunément pour cacher ses fautes et ses escapades, qui devenaient de plus en plus nombreuses. En même temps, comme elle voyait sa mère malheureuse, elle lui proposait parfois de mourir avec elle. A cette époque, sa perversité morale se trouve portée à son comble; elle buvait de l'urine, elle s'onanisait avec des côtelettes, qu'elle mangeait ensuite. Enfin, elle tourne vers sa propre mère sa lubricité. Elle demande fréquemment à celle-ci de coucher avec elle dans le but unique de lui toucher les parties. Un jour, elle profite d'une indisposition qui avait forcé sa mère à se coucher, pour lui porter la main aux parties, en s'onanisant elle-même. Elle avait choisi le moment où celle-ci était dans une demi-syncope. Elle lui proposa un jour de passer sa langue aux parties génitales. Il lui est arrivé de la mordre aux mains et aux jambes, parce qu'elle lui avait adressé des reproches. Enfin, pendant que sa mère était malade, elle eut l'idée de la faire mourir, en lui administrant de la belladone, prescrite pour l'usage externe.

Depuis qu'elle suit le régime de l'Asile, Georgette paraît s'être améliorée. Bien dirigée, elle rend des services; mais elle paraît encore se livrer à l'onanisme, en dépit de ses dénégations. La muqueuse des organes génitaux externes est rouge, congestionnée; entre les lèvres, on trouve des mucosités filantes et un léger flux leucorrhéique. Elle est, d'ailleurs, normalement conformée. Les petites lèvres n'ont pas une longueur démesurée ; le clitoris est normal. L'hymen est intact, en dépit des tentatives sexuelles auxquelles elle s'est soumise de bon gré. L'anus est normal.

Les renseignements que nous possédons sur ses antécédents héréditaires sont les suivants: Son père était un ivrogne; déséquilibré, il se livrait à des violences contre sa femme. Il lui est arrivé de la mordre jusqu'à lui faire une profonde blessure. Sa mère est faible

d'esprit, un peu loquace, excentrique. Elle présente du strabisme externe.

Voici maintenant l'histoire d'un dégénéré, qui, à côté de perversions sexuelles, présente des stigmates physiques des mieux accusées.

OBS. VIII. —*Débilité mentale.—Accès délirant — Hypospadias périnéal à forme vulvaire. (Pseudo-hermaphrodite mâle).*

C..., âgé de 25 ans, est entré à l'admission le 20 octobre 1886, dans un état de violente excitation, avec du délire mélancolique et mystique .Il s'imaginait qu'il empestait son entourage, exprimait des craintes de toute espèce, et refusait de manger.

A sa naissance, il fut inscrit sur les registres de l'Etat civil comme appartenant au sexe féminin ; on lui mit plus tard des vêtements féminins, et fut envoyé dans une école de filles. A 7 ans, ses petites camarades avaient remarqué une conformation particulière de ses organes génitaux, et se moquaient de lui. Il est placé ensuite dans un pensionnat dirigé par des religieuses. A 13 ans, il quitte le pensionnat et entre dans un couvent de Bénédictines, où l'une de ses tantes, religieuse, le destine au noviciat. Son peu d'aptitude pour le travail, son intelligence débile, et l'apparition d'un peu de barbe au menton en firent peu à peu la risée de ses compagnes.

Revenu chez ses parents, il ne tarde pas, à la mort de son pére, à quitter la famille pour suivre en qualité de domestique un M. G.., âgé de 70 ans, qui l'emmène à la Martinique. A peine arrivé en Amérique, il devient l'objet des assiduités de son vieux patron ; il lui cède, mais comme aucun rapport normal ne pouvait s'effectuer, cet homme se livre sur lui à des actes contre nature et ils finissent par l'onanisme buccal réciproque.

Cependant une négresse, domestique comme lui, s'étant aperçue de sa conformation, le prend pour un homme et l'attire chez elle. Une mulâtresse fait à son tour sa conquête, mais, ni avec l'une, ni avec l'autre de ces deux femmes, il ne peut pratiquer le coït ; il n'éprouvait d'ailleurs pas avec elles la satisfaction que lui procurait son vieux patron. Ce fait d'inversion du sens génital est une anomalie peu commune. Il est plus fréquent d'observer, chez les pseudo-hermaphrodites mâles de l'inclination pour les femmes. Par son état mental, notre malade rentre donc encore dans le cadre des dégénérés. Sa barbe continuait à pousser, on se moquait de

lui, et au bout de trois ans, il rentre en France désireux de changer de costume. Arrivé à Saint-Nazaire il se fait examiner par un médecin qui le déclare du sexe masculin. Il change son nom de Marie en celui de Marius, prend des vêtements d'homme, rentre à Paris et s'engage comme domestique dans une communauté de religieux. Le Pére supérieur l'examine à deux reprises et le reconnait *masculin*. Vers le 17 octobre 1886, il est pris assez rapidement de délire, après quelques excès de boissons, d'ailleurs peu considérables. A son arrivée à Sainte-Anne, il crie, il gémit, se lamente, se dit l'Archange Saint-Michel, l'Antéchrist, le roi des Juifs « Je suis un misérable, tuez-moi j'ai tué mon père et ma mère. » Il croit qu'on veut l'empoisonner, refuse de manger, il s'imagine qu'on veut le mettre dans un bain d'huile et il s'échappe par la fenêtre. Constamment inquiet, se nourrissant mal, ne dormant ni jour ni nuit, il s'affaisse rapidement ; les vomissements empêchant le cathétérisme œsophagien, on le nourrit au moyen de lavements peptonisés. Toutefois, les hallucinations diminuent d'intensité, l'excitation s'apaise peu à peu et il consent à prendre quelques aliments. Quinze jours aprés son entrée, il est déjà en voie d'amélioration.

Ce malade, par la conformation de ses organes génitaux, est un hypospade scrotal à forme vulvaire, un pseudo-hermaphrodite mâle. Sa verge mesure 4 cent. 1/2, elle est formée de la portion glandaire du corps caverneux ; le gland imperforé est muni au bord inférieur d'une dépression ; dans l'érection l'organe se recourbe un peu en bas et en arrière, retenu dans cette position par des brides très nettes, qui sont les parties correspondantes de la portion cylindroïde du corps spongieux. Dans un cas analogue, M. Pozzi a attiré l'attention sur ces brides dont il trouve des vestiges chez la femme et qui répondraient ainsi aux mêmes parties. Au-dessous de la verge et de chaque côté, il y a apparence de grandes lèvres qui résultent du défaut de soudure des deux sacs cutanés (où sont ordinairement contenus les testicules). Ces deux lèvres limitent une fente verticale qui aboutit à un cul-de-sac simulant une vulve. A 3 cent. 1/2, au-dessous de la verge, se trouve le méat urinaire, mis en communication avec le pénis par les deux brides masculines (Pozzi). A 3 millimètres au dessous du méat, on aperçoit un autre orifice qui s'ouvre dans un conduit, semblant de vagin qui n'a pas moins de quinze centimètres de longueur, et qui admet une sonde d'un assez gros calibre. Le toucher rectal, pratiqué après l'intromission de deux sondes, l'une dans l'uréthre, l'autre dans le canal sous-jacent permet de sentir la première sonde dans une situation très élevée, et la seconde presque sous le doigt. Celle-ci semble en

outre se dévier, à son extrémité incluse, légèrement à droite ; la sonde retirée laisse voir à son extrémité, au niveau de son orifice latéral, quelques gouttes d'un mucus blanchâtre, sans odeur, au milieu duquel, au microscope, on voit quelques cellules épithéliales.

La palpation des régions inguinales sus et sous pubiennes, de même que le toucher rectal, ne décèlent pas la présence de testicules. Le malade ne sait pas dire si, lorsqu'il se masturbe, il sort du liquide par le méat. Toutefois, on a trouvé dans son lit, des tâches dont l'aspect rappelle celui des tâches spermatiques.

Ajoutons enfin que notre malade, hormis ses organes génitaux, possède les attributs du sexe masculin. Pourtant sa taille est petite, sa voix flutée et le bassin un peu large. (1).

Nous avons suffisamment insisté sur les héréditaires dégénérés. Examinons maintenant un nouveau groupe de malades, les délirants chroniques.

(1) Voir Worbe, *Bull. Soc. de la Fac. de médec. de Paris*, 1815. — Marc, *De l'hermaphrodisme. Dict. des sc. méd.*, 1817, t. XXI. — Larrey,, *Bull. Soc. de Chir.*, 21 sept. 1859. — Goujon, *Form. de l'anat. de Robin*, 1869, p. 509. — Magitot, *Nouveau cas d'hermaphrodisme, Bull. Soc. d'Anthrop.*, 2 juin 1881. — Raffegeau, *Anomalies congénitales des organes génitaux*, thèse 1884, p. 385. — Pozzi, *De la bride musculaire du vestibule chez la femme*, *Comp. rend. et mém. Soc. biol.*, 26 janv., 16 fév. 1884.

TROISIÈME LEÇON

Des délirants chroniques et des intermittents.

SOMMAIRE. — Les quatre périodes du délire chronique à évolution systématique : 1° Incubation ; 2° délire de persécution ; 3° mégalomanie ; 4° démence ; tableau rappelant les éléments du délire suivant l'éducation et le milieu social.

Observ. IX. — Délire chronique ; hallucinations ; troubles de la sensibilité générale, idées de persécution ; systématisation ; vocabulaire spécial.

Observ. X. — Débilité mentale. Tics de la face. Rires irrésistibles. Perversions morales. Idées de persécution.

Les folies intermittentes par leur étiologie s'intercalent entre le délire chronique et la folie des héréditaires dégénérés. La répétition des accès, quelle que soit leur forme, est le phénomène le plus important au point de vue du pronostic ; d'abord éloignés et généralement courts, les accès se rapprochent de plus en plus et augmentent de durée. Dans l'intervalle, du moins au début, le malade reprend possession intégralement de ses facultés.

Classification des maladies mentales (Magnan 1892).

Classification des maladies mentales (Schüle 1878-1886).

Classification des maladies mentales (Krafft-Ebing, 1883.)

Messieurs,

Poursuivant sa discussion sur les grands groupes cliniques, la Société médico-psychologique a mis à l'ordre du jour le délire chronique, et, dans la séance d'octobre, une première communication a été faite par M. Garnier, médecin en chef de l'infirmerie spéciale de la préfecture de police. Cette communication nette, précise, rappelle les caractères généraux que nous avons assignés à cette forme mentale. Les

débats ne semblent pas devoir être aussi vifs que pour la folie héréditaire. La constitution de ce groupe ne vient heurter aucune position acquise et nous mettons à profit les travaux importants sur le délire de persécution (Lasègue, Legrand du Saulle) et sur le délire ambitieux (Foville, Garnier et les nôtres). Si les délires chroniques présentent, au point de vue des idées, des variétés infinies, on retrouve chez tous des caractères communs fondamentaux qui permettent de ne voir là qu'une seule et même maladie à marche régulière, méthodique, offrant dans son évolution successive les quatre étapes bien tranchées que nous connaissons. A la 2e et à la 3e période, les délires peuvent beaucoup varier comme couleur chez les différents sujets, suivant l'éducation et le milieu social, mais ils conservent toujours le caractère pénible pour la 2e période ambitieux pour la 3e. A la fin du moyen âge et de la renaissance, on parlait de sorcellerie, d'esprits malins, d'obsessions et de possessions diaboliques : le délire n'était que le reflet de ces croyances, de ces préjugés que l'ignorance rendait encore plus profonds ; à la fin du XVIIIe siècle, le mesmérisme et le fluide magnétique ; plus tard, le spiritisme avec ses esprits frappeurs, ses tables tournantes faisaient partie de l'arsenal du persécuté. De nos jours, les luttes politiques, les grandes forces naturelles, le magnétisme, l'électricité, les applications nombreuses des agents physiques et chimiques, ont remplacé le merveilleux, attirent l'attention et deviennent le point de départ des idées délirantes. Les démonopathes, les lycanthropes ne sont autres que des persécutés ; mais, tandis que le diable, les sorciers, les esprits malins tourmentent les premiers, les persécutés du jour sont tourmentés par les jésuites, les francs-maçons, les sergents de ville ; ou bien encore, c'est l'électricité, le magnétisme, le téléphone qui les offensent.

Le tableau suivant montre l'évolution du délire chronique,

avec ses quatre périodes. On peut y voir indiqués sommairement les éléments de délire que le malade peut emprunter à son milieu social, à son éducation etc.

Délire chronique (quatre périodes).

Couleur du délire suivant l'éducation et le milieu social.

1. Période d'incubation, passe généralement inaperçue.			1. *Inquiets*
2. Systématisation commençante. Préoccupations pénibles. Délire de persécution.	Démonopathes. Possédés. Ensorcelés. Damnés. Lycanthropes.	Electrisés, magnétisés. Empoisonnés. Mouchardés. Volés, ruinés.	2. *Persécutés*
3. Systématisation de plus en plus accentuée. Délire des grandeurs stéréotypé.	Démonolâtres. Théomanes { Dieu. St-Esprit. Christ. Ste-Vierge Antéchrist. Jeanne d'Arc. Prophètes.	Mégalomanes { Empereurs, Rois, Députés. Présidents de République. Millionnaires. Réformateurs. Inventeurs.	3. *Ambitieux*
4. Période terminale ou de dissolution.			4. *Déments*

A la période de persécutions, on voit succéder, tantôt progressivement, lentement, sans transition brusque, tantôt brusquement, le terrain étant préparé, sous l'influence d'une hallucination (le malade s'entend dire qu'il est le roi d'Espagne), une période où le persécuté devient ambitieux, et l'on voit alors peu à peu le démonopathe de la veille devenir le théomane du lendemain; le mouchardé de la veille devenir le chef d'état du lendemain. Avec la mégalomanie, le délire religieux, la théomanie, etc., tout est confusion et le pronostic reste incertain. L'important n'est pas de savoir si le sujet

est théomane ou mégalomane, s'il est Dieu, ou roi, ou président de la République, mais de savoir comment il l'est devenu; de bien établir la marche de la maladie; de savoir si le Dieu ou le roi avant d'arriver à cette suprême puissance n'a pas eu à subir des vexations ou de nombreux tourments. Ce puissant, d'abord persécuté, se range dans le délire chronique, et, pour le clinicien, cela signifie incurabilité. Au contraire, le potentat devenu grand, sans épreuves préalables, se range dans le groupe des dégénérés et l'accès délirant est le plus souvent curable.

Voici deux observations fort intéressantes aux différents points de vue que nous venons de signaler et qui permettront l'étude comparative de ces deux ordres de faits. Elles méritent en outre d'être rapprochées pour une autre raison. Ces deux malades sont la mère et la fille. La mère, atteinte de délire chronique, est malade depuis plusieurs années ; son délire s'est reproduit en partie chez sa fille. Voilà un délire à deux. Les deux malades sont persécutées ; mais l'une, la mère, a un délire systématisé, elle est frappée d'incurabilité ; l'autre, faible d'esprit, guérira de ses idées de persécution, qui n'ont que de faibles attaches et qui se sont développées rapidement, sans incubation préalable.

Obs. IX. — *Délire chronique : hallucinations ; troubles de la sensibilité générale ; idées de persécution ; systématisation ; vocabulaire spécial.*

Mme L..., âgée de 52 ans, est entrée à l'Admission le 26 octobre 1886, le même jour que sa fille, une faible d'esprit, qui s'est faite en partie l'écho du délire de sa mère. D'après son dire, il y a trois années qu'elle est persécutée. C'est du moins à cette époque que semblent remonter les premières hallucinations qui ont servi à l'édification du délire. Notons qu'elle se sert d'un vocabulaire tout à fait spécial, qu'il n'est pas rare de rencontrer en pareil cas.

Elle raconte qu'au mois de septembre 1883, en huit jours, elle est devenue tout enflée ; ses intestins tournaient ; elle était obligée de tenir son ventre avec ses mains et elle éprouvait des étourdissements. Tous ces phénomènes sont survenus sous l'influence de mauvaises odeurs, d'*engains* qu'on lui a envoyés par ses portes et par ses fenêtres. Celui qui « *exerçait sur elle* » était un individu en blouse bleue, qui accompagnait un âne et qui stationnait auprès d'un puits devant ses fenêtres. C'est lui qui lançait les odeurs, sans avoir l'air de rien ; il lui a lancé tant d'*engains* qu'il s'en est lui-même rendu malade. Au commencement, l'odeur n'était pas désagréable ; c'était une odeur qui chauffait, qui brûlait ; puis cela sentait l'eau de Javel. A la même époque, sa fille sentit aussi de mauvaises odeurs, qu'on lui envoyait par la porte de l'écurie.

Pendant ce temps, des enfants passaient dans la rue et elle leur entendait dire : « *Elle va tomber par les odeurs qu'on lui envoie* » A ce moment, elle a entendu une dame qui passait dire à la propriétaire : « *C'est des vers.* » La propriétaire répondit « *de terre,* » puis elle ajouta : « *J'ai une langue de bœuf.* » Cela voulait dire que tout ce qu'on lui lançait avec les odeurs devait tourner en « *vers.* » Six mois avant ces événements, elle raconte qu'elle s'est trouvée malade, comme paralysée ; et qu'elle fut prise de tremblement pendant une demi-heure. Elle pensa que ces tremblements étaient dus à quelque chose que des inconnus avaient mis dans ses aliments. Depuis, en effet, elle a éprouvé une semblable indisposition ; elle s'est bien doutée qu'on avait mis quelque chose dans son vin ; elle s'est sentie toute froide. Depuis ses hallucinations de l'odorat, la malade a échafaudé un délire systématisé dont la base est constituée par ses hallucinations. Au moment où elle a senti des *engains*, la malade a entendu, dit-elle, un « *résonnement* » dans son oreille, et, à partir de ce moment, son « *heure* » lui a été enlevée. Quelqu'un lui a dit : « On t'a pris ton *heure.* » Le mot « heure » ne désigne pas ici la mesure du temps ; il est détourné de son sens par la malade, qui paraît désigner ainsi sa personnalité, ainsi qu'il ressort des explications suivantes : « Chaque personne a son « *heure* », dit-elle. Quand on n'a pas de *résonnements* dans les oreilles, c'est que l'on a son heure ; moi je n'ai plus mon heure ; on me l'a prise depuis qu'on m'a lancé des *engains*, je sais que je ne m'appartiens plus, je n'agis plus par moi-même. Grâce à mon heure qu'on m'a enlevée, les commerçants par exemple, sont instruits de ce que je vais acheter. Quand j'entre dans la boutique, je m'en aperçois bien ; ils ont des intelligences avec les personnes présentes quand j'arrive et ils disent, quand je fais ma commande « *C'est bien*

ça. » Ce qui prouve bien qu'ils savaient ce que j'allais acheter. »
Toutes ces influences extérieures qu'elle subit constituent ce qu'elle appelle « *un article de commerce.* » C'est un article de commerce qu'on fait agir sur elle. Cet article, c'est « *l'unification de l'heure, l'heure honorifique.* » Cela ne lui a pas été dit de vive voix; certaines personnes le lui ont seulement fait comprendre. Dans la rue de la Banque, elle a vu des gens tirer leur montre et regarder l'heure à un cadran; cela voulait dire qu'on lui avait enlevé sa « *montre.* » Le mot montre est également détourné de son sens, et, pour la malade, il possède le même sens que le mot heure. Il désigne qu'on lui a enlevé quelque chose qui était à elle, qui était sa propriété. Un peu plus tard, dans la rue de Clichy, elle a entendu des gens qui disaient : « *Ils ne sont guère généreux, ces messieurs qui lui ont enlevé sa montre.* » Quand on passe devant un bec de gaz ou devant une lumière de commerçant et qu'on la voit vaciller, c'est qu'il y a quelqu'un de malade dans la société. Enfin, il y deux mois, sur le boulevard de l'Opéra, un jeune homme, confortablement mis, lui a dit en passant, sans en avoir l'air : *On va te sucer le bouton.* » Cette dernière hallucination devait jouer son rôle dans l'épisode qui a déterminé l'entrée de la malade à l'Asile. Le 25 octobre dernier, elle se promenait avec sa fille, boulevard Haussemann. Celle-ci remarque qu'un sergent de ville avait eu des intelligences avec deux dames qui se trouvaient à côté d'elle et qui l'ont toisée de la tête aux pieds. La malade, à son tour, remarque que le même sergent de ville la regarde en pleine figure, en tournant un bouton de son habit; c'était un signe qui n'était pas *propret* (propre) et qui lui rappelait son hallucination du boulevard de l'Opéra. La malade raconte à sa fille la remarque qu'elle a faite au sujet du sergent de ville; toutes deux s'éloignent, mais la fille en s'éloignant secoue ostensiblement ses jupes en signe de dédain et découvre une partie de ses jambes. L'agent de police entraîne la mère et la fille au commissariat d'où elles sont conduites au Dépôt.

OBS. X. — *Débilité mentale. Tics de la face. Rires irrésistibles. Perversions morales. Idées de persécution.*

B... (Maria), fille de la précédente, est entrée à l'Admission le 27 octobre 1886, le même jour que sa mère, avec qui elle vivait. Celle-ci, atteinte de délire chronique, a agi, par son délire, sur l'esprit faible de sa fille, mais d'une façon peu active. Si celle ci a partagé quelques-unes des hallucinations et des idées de persécution de sa

mère, elle avait, par elle-même, et depuis longtemps, créé des idées délirantes.

Elle a été arrêtée avec sa mère dans les circonstances suivantes : celle-ci en proie à son délire, s'était imaginée qu'un agent de police en touchant un bouton de son habit, faisait à son adresse, des allusions malpropres (hallucinations auditives antérieures). Elle communique à sa fille son impression et celle-ci voulant exprimer son dédain relève naïvement ses jupes, assez haut pour découvrir les jambes. Dans son idée elle disait : « *Tiens grand bénet si tu me regardes regarde mon derrière.* » Elle est arrêtée et internée.

Sa physionomie manque de toute expression. Il existe une asymétrie faciale des plus prononcées. La face est animée, à certains moments, de tics dont la malade n'a aucune idée.

L'état mental est celui d'une débile bien proche de l'imbécile. Malgré son âge, B... a conservé une naïveté enfantine, qu'elle accuse elle-même : « J'ai le caractère enfantin, je n'ai pas de défense, je me laisse prendre. » Elle n'est susceptible d'aucune attention soutenue ; quand elle sort de chez elle, il lui arrive souvent d'oublier le motif pour lequel elle est sortie. Quand on lui parle, elle comprend assez difficilement ce qu'on lui demande ; elle commence à répondre correctement, puis elle perd le fil de l'idée et se répand en un discours long, confus, incompréhensible, tout plein de sous-entendus, exprimant très bien qu'elle ne sait pas au juste ce qu'elle veut dire. Mise au couvent, dans son enfance, elle sait lire et écrire. Mais un peu plus tard il lui a été impossible d'apprendre un métier, malgré tous ses efforts. Elle n'a jamais pu servir que de journalière et s'est quelquefois placée comme domestique. Son incapacité absolue, mais aussi son état mental avec ses bizarreries que nous rapportons ci-après l'ont toujours fait renvoyer. Il arrivait même souvent qu'on ne lui payait pas le service rendu, ce qui devenait le point de départ de préoccupations délirantes. Elle a toujours vécu dans la misère en compagnie de sa mère, qui, grâce à son état mental d'abord, puis à son délire, se trouvait dans l'impossibilité de trouver du travail. Toutes deux recueillaient parfois des aumônes ; d'autres fois, elles les repoussaient avec fierté ; le reste du temps elles vivaient de l'argent qu'envoyait le fils B... De bonne heure se révèle un certain degré de perversion morale qui s'accentue plus tard, et qui s'accompagne d'un état à peu près complet d'inconscience relative aux actes accomplis. A l'école, elle se livre à l'onanisme. Aujourd'hui, en raison de sa tendance très nette à mentir, elle ne veut pas avouer qu'elle était coutumière de l'onanisme réciproque, mais la nature de ses réponses permet de le supposer. A quinze ans, elle

laisse pratiquer naïvement *par son père* des attouchements réitérés sur elle-même. « Un jour, dit-elle je dormais, mon père est entré dans ma chambre ; il a relevé mes draps, puis ma chemise, et il a mis ses mains sur mes seins, puis il m'a dit de venir coucher dix minutes avec lui. Ma mère m'avait dit de faire tout ce que mon père voudrait. Je me suis levée et je suis allée coucher avec mon père ; je ne savais pas ce qu'il voulait ; il m'a encore mis la main aux seins. Quand j'ai vu ça, ça m'a semblé drôle, et j'ai dit : « C'est cochon, » et je me suis sauvé. « Quelques jours après il est revenu, il était en chemise ; il m'a dit en me montrant son derrière : « Je crois que j'ai une puce. » Je crois que c'était pour me narguer. Je suis partie je ne l'ai jamais revu depuis. Chaque fois que je me suis présentée chez lui il n'a pas voulu me recevoir. » A partir de dix-huit à vingt ans, d'abord naïvement puis après avoir vu qu'elle gagnait de l'argent de cette façon, elle se prostitue pour vivre. Mais jamais elle n'a fait le commerce de la vulgaire prostituée ; elle ne provoquait pas les hommes. Quand elle était dans le besoin, elle se laissait entrainer volontiers. Elle raconte ces faits avec une certaine ingénuité. « On me disait dans la rue que j'étais gentille ; des messieurs me parlaient et m'emmenaient avec eux et me donnaient de l'argent. J'étais portée pour les étrangers ; c'était souvent avec des Anglais. Un monsieur avec qui j'ai passé toute une nuit m'a donné 100 francs. Je me faisais toujours payer d'avance. » Il y a trois ans, elle se livre à un jeune homme qu'elle avait rencontré aux Folies-Bergères, elle resta avec lui deux ans et demi. « Elle croyait que c'était pour la vie, il le lui avait dit. » Quand on lui parle de sa vie de prostitution d'autrefois, elle répond : « Si j'étais jeune ça pourrait encore me tenter, si j'avais besoin d'argent. » Des phénomènes d'une autre nature se sont révélés de bonne heure. B... a des rires involontaires. Parfois sa physionomie s'anime d'un sourire pendant une conversation très sérieuse, ou bien elle part d'un fou rire. « Ça a toujours été mon défaut, dit-elle, on me l'a toujours reproché. » Il y a des jours où je suis sans cesse obligée de me retenir, sans quoi je partirais d'un éclat de rire ; dans les commencements où j'étais ici, je ne riais pas ; depuis quelques jours, je me sens portée à rire. » Un jour que je l'avais fait appeler pour l'interroger, je la vois entrer en riant très fort. « En ce moment, je ris, dit-elle, mais je sens que ce n'est pas de bon cœur, je ne sais pas pourquoi. Je ris, mais je ne pense pas que je ris ; je n'en sais rien, si je ris »

De tout temps, les rires ont existé. Un jour, en Angleterre, dans une maison où elle était domestique, elle servait à table. Elle venait d'entrer avec un plat, lorsque tout à coup elle part d'un bruyant

éclat de rire, au grand scandale des Anglais qu'elle servait. « J'ai tellement ri ce jour-là que je ne pouvais plus me retenir. » Et pourtant on n'avait dit aucune plaisanterie ; elle ne pensait à rien de gai, elle n'avait rien entendu, ni rien vu, si ce n'est les convives qui causaient froidement entre eux. Elle ne s'est jamais expliqué cet éclat de rire. D'autres fois, le rire était motivé; elle avait le rire réflexe très prompt. Dans la rue, quand elle entendait des gens lui dire qu'elle était gentille, elle partait d'un éclat de rire bruyant, nullement en rapport avec l'impression qu'elle ressentait.

En opposition avec ces rires, il lui arrivait souvent d'être triste; mais cette tristesse était motivée en partie par sa misère. Quelque temps avant son entrée, manquant de travail, elle devint triste, angoissée, au point que l'idée de se jeter par la fenêtre lui passa par la tête: « Mais je me suis dit que je me ferais du mal, que je me casserais peut-être la tête, et cela m'a arrêtée. » Sur un pareil état mental se sont greffées facilement des idées délirantes. Celles-ci sont de deux espèces: les unes, les plus nombreuses, sont créées de toutes pièces par la malade; les autres sont empruntées par celle-ci à sa mère. Elle a toujours eu des idées de persécution, parfois même très actives et s'accompagnant d'hallucinations, surtout depuis quelques années. Ne pouvant trouver de l'ouvrage, pas plus que sa mère, elle suppose qu'on les empêche d'en trouver ; mais tandis que sa mère pense que c'est parce qu'on lui a pris son *heure*, elle croit simplement que c'est parce que l'on connait ses relations avec un jeune homme qui l'a quittée. « Ils doivent le savoir ou le supposer. » Toujours est-il que pendant qu'elle était avec lui, il y a trois ans, on la persécutait : « On était jaloux de moi, on me faisait des misères, comme on en fait à peu près à tout le monde. La concierge disait que je faisais la vie; elle ne le disait pas ouvertement, mais je le voyais bien à ses airs ; il fallait que je lui donne cent sous tous les mois pour qu'elle ne me fasse pas de méchancetés. Elle avait fait courir le bruit que j'étais enceinte, mais pas dans le monde; elle me lançait ça quand je passais auprès d'elle pour sortir, Elle disait : « ça y est . » Cela a toujours été ainsi; chaque fois que je sors d'une maison je suis assaillie par une foule de gens qui sont jaloux de moi. » Depuis ce temps, dans la rue, elle voyait les gens la regarder et dire: « Manger et faire ça. » Ces allusions blessantes, ces mauvais propos lui ont fait perdre son prestige de femme et on l'empêche ainsi de trouver de l'ouvrage.

Voilà pour le délire créé par la malade elle-même. Voici maintenant les idées communes à sa mère et à elle. Depuis longtemps, elles voient, toutes deux, dans les rues, les hommes porter ostensible-

ment la main à leur brayette. La mère dit souvent : « Sont-ils sales, toujours ça, encore ça. » La fille croit que c'étaient ces manœuvres qui les empêchaient de trouver de l'ouvrage.

La fille n'a jamais rien compris au thème principal du délire de sa mère ; elle ne soupçonne pas que sa mère délire ; elle trouve qu'elle a des idées singulières. Elle ne sait pas ce que c'est que *l'engain*, pas plus que *l'heure honorifique*, ou bien *l'article de commerce*. Mais elle a senti comme sa mère les odeurs qu'on leur lançait. Cependant, un fait à noter, c'est qu'elle ne les a senties que quand sa mère les lui a fait remarquer. Celle-ci reprend dans ce cas le rôle actif qu'elle a toujours conservé. Elle se mêle encore au délire de sa mère quand celle-ci croyant entendre sur les boulevards des propos obscènes lui demande : « As-tu entendu? » et que la fille répond ; « Je crois bien que tu as raison. » Elle répète, en outre, ce que vient de dire sa mère et elle s'est même demandée, ajoute-t-elle, si c'était adressé à sa mère ou à elle-même. Quant aux autres injures grossières entendues par la mère, une partie a été également entendue par la fille ; mais il parait certain que ces injures grossières entendues par les deux malades : « La mère Galibi, les deux Galibis sont réelles et prononcées par des gamins qui plaisantaient leur tenue misérable. Les antécédents héréditaires de B... sont suffisamment indiqués par ce qui précède. Le *père* s'est livré à des attouchements deshonnêtes sur sa propre fille, ces faits indiquent sa perversité morale. Depuis vingt ans, d'ailleurs, il a abandonné sa femme et sa fille et n'a plus donné de ses nouvelles. La *mère* est atteint de délire chronique.

Tels sont constitués les deux premiers groupes cliniques qui figurent depuis 1882 dans notre classification des maladies mentales. Un autre groupe, celui des folies intermittentes, est le dernier sur lequel nous ayons quelques mots à dire ; les autres formes mentales sont admises par la plupart des auteurs.

Les intermittents.

Les folies intermittentes comprennent différents groupes morbides déjà décrits à part, mais dont la description séparée ne se justifie pas, en raison de leurs caractères généraux communs. Falret : Folie circulaire (intermittence entre un

accès de manie et un accès de mélancolie) ; — Baillarger ; Folie à double forme (accès de manie, puis de mélancolie, suivis d'une intermittence). — Delaye : Folie alterne (longue intermittence entre la manie et la mélancolie).

Voici en résumé les éléments importants des folies intermittentes.

Comme étiologie, elles tiennent de l'hérédité plus que le délire chronique ; elles s'intercalent entre les deux groupes. Par suite, l'influence des causes déterminantes étant justement en raison inverse de celle des causes prédisposantes, les causes les plus légères peuvent présider à leur développement (puerpéralité, excès, fatigues, etc.). Quand le malade paraîtra faire lui-même les frais de l'accès (cause occasionnelle à peine appréciable), il faudra s'attendre aux rechutes : l'accès actuel guérira, mais il se reproduira.

La répétition des accès, *quelle que soit leur forme* (manie ou mélancolie), est le phénomène le plus important au point de vue du pronostic. Les accès de plus en plus rapprochés impliquent un pronostic de plus en plus grave. Il en est de même de la durée des accès qui s'accroît à mesure que l'intermittence diminue.

Dans l'intervalle des accès, le malade reprend possession *intégralement* de ses facultés ; mais, à la longue, par suite des progrès de l'âge et surtout par l'accumulation successive des accès, l'intelligence baisse ; dès lors, le pronostic est tout à fait grave : la démence terminale est proche. Un abaissement mental, quelque faible qu'il soit, est un phénomène grave, et l'on jugera de la portée intellectuelle, non seulement par l'examen des facultés intellectuelles, des sentiments et des penchants, mais aussi par le caractère même du délire, qui perd son activité, sa coordination, sa systématisation, en raison même du degré de déchéance intellectuelle. Vers cette époque, il n'est pas rare de voir surgir plus particulièrement

des idées hypocondriaques et ambitieuses avec un certain degré d'incohérence, comme chez toutes les intelligences affaiblies. L'invasion de l'accès est rapide, brusque. Sa forme est très variable. On observe les combinaisons de la manie et de la mélancolie les plus inattendues chez le même malade (double forme, forme circulaire, alterne, etc.). Enfin, très souvent, les accès homologues se ressemblent, ils affectent le même mode de début, les mêmes phénomènes symptomatiques se reproduisent dans la marche ; le mode de terminaison est le même ; et celle-ci est ordinairement brusque.

Nous ne saurions mieux comparer la folie intermittente, dans ses manifestations variées, qu'à la diathèse rhumatismale, avec ses manifestations multiples. Le rhumatisant comme l'intermittent, après une première manifestation de son état diathésique, revient à la santé et rien ne traduit au dehors la disposition maladive qui, à la suite de causes nouvelles, même très légères et parfois même sans cause appréciable, se traduit chez l'un par une arthrite et chez l'autre par un accès délirant.

Après la revue rapide que nous venons de faire de la folie héréditaire, des folies intermittentes et du délire chronique, il nous est facile maintenant de constituer, sur cette base clinique, notre classification des maladies mentales.

Classification de M. Magnan (1882).

Etats mixtes tenant de la pathologie et de la psychiatrie.

Paralysie générale.
Démence sénile (athérome cérébral).
Lésions cérébrales circonscrites. (aphasie par ex...) — Ramollissement. Hémorrhagie. Tumeurs, etc., etc.
Hystérie.
Epilepsie.

Alcoolisme et intoxications..........	Absinthe. Morphine et opium. Cocaïne Verdet. Seigle ergoté. Plomb, etc.
Crétinisme	

Folies proprement dites. — Pychoses.

Manie.................. .... Mélancolie..	Eléments simples.
Délire chronique	Incubation. Persécution. Ambition. Démence.
Folies intermittentes.	Simple. Circulaire. Double forme. Alterne.

Folie des dégénérés avec les syndromes épisodiques et les délires d'emblée (primaires).

Idiots, imbéciles, débiles, déséquilibrés.

Comme nous le disions au début, il s'opère en ce moment un grand mouvement dans le monde des aliénistes; on désire s'entendre et la classification que nous venons de présenter semble rallier en France beaucoup de suffrages.

D'autre part, si vous jetez un coup d'œil sur les classifications suivantes, vous serez surpris de l'évolution considérable opérée par l'un des aliénistes allemands les plus distingués, le Dr Schüle, de 1878 à 1886.

Classification du Dr Schule (1878).

I. — *Etats de défectuosité congénitale et de dégénérescence.*

1° Etats de défectuosité proprement dite :

A. Microcéphalie.
B. Idiotisme.

2° Etats de dégénérescence terminant :

A. La folie héréditaire : folie impulsive, folie morale.
B. Les grandes névroses, hystérie, épilepsie, hypochondrie,
C. Folie périodique et circulaire,

II. — *Troubles intellectuels chez l'individu à développement organo-physique complet.*

A. — *Les Psychonévroses.*

1° Psychonévroses typiques aiguës ou sub-aiguës, se développant sur une base nerveuse saine et avec troubles vaso-moteurs.

A. Formes primaires. (1° Mélancolie. (2° Manie...... (Avec forme intermédiaire de la mélancolie agitée.

B. Formes secondaires (1° Délire systématisé du premier degré (Wahnsinn). (2° Démence (Blodsin).

2° Psychonévroses chroniques se développant sur une base de dégénérescence : délire systématisé du second degré (Verrücktheit) :

A. Délire des persécutions primaires. (1° Dépressif. (2° Avec idées de grandeur.

B. Délire systématique du second degré. *Sensu-stricto.* (Verrücktheit). (1° Forme psycho-convulsive. — Maladie du doute. (2° Forme psycho-cataleptique. — Délire systématisé sensoriel.

B. — *Cérébro-psychoses.*

1° Avec phénomènes d'excitation motrice; les manies (Manien).
A. Mania furiosa (avec la manie transitoire).
B. Mania gravis.
C. Delirium acutum.

2° Avec tension motrice. Etats d'atonie.
A. Mélancolie atonique.
B. Délire systématisé katatonique.
C. Démence primaire : stupor aiguë et sub-aiguë.

3° Avec parésie progressive, forme typique de la démence paralytique.

C. — *Cérébropathies. — Paralysies modifiées, image clinique de la démence avec paralysie.*

A. Méningo-encéphalite chronique et aiguë.
B. Pachyméningite et hœmatome.
C. Scléro-encéphalite diffuse avec ou sans symptômes d'irritation.
D. Encéphalite diffuse avec altération en foyers, points de ramollissement, apoplexie, ectasies capillaires avec foyers miliaires, scléroses multiples.
E. Encéphalite diffuse, suite de néoplasmes.
F. Péri-encéphalite chronique avec tabes préexistant des cordons postérieurs, paralysie tabétique.
G. Atrophie cérébrale primaire avec tabes spinal, démence tabétique.
H. Encéphalite syphilitique avec troubles psychiques.

En 1878, tout est confusion. M. Schüle accumule dans le groupe des dégénérescences, des états qui, par des caractères généraux fortement accusés, réclament une existence indépendante; tels sont : l'épilepsie, l'hystérie, les folies périodiques ; nous ne parlons pas de la folie hypochondriaque qui se fond dans le délire chronique et dans les délires des dégénérés, comme nous l'avons déjà dit. De plus, on est surpris de trouver la maladie du doute à côté du délire systématisé, constituant une forme psycho-convulsive.

Aujourd'hui tout est changé :

Classification du Dr Schüle (1886).

I. — *Troubles intellectuels chez l'individu complètement développé.*

1° Troubles du cerveau sain (rüstigen). (Psychonévroses proprement dites :)

A. Mélancolie.)
B. Manie typique.) Avec leurs états secondaires.

2° Troubles du cerveau invalide (invaliden) (cérébro-spychoses).

A. Les manies graves (furor, mania gravis).

B. Délire systématisé (Wahnsinn).

C. Démence primaire aiguë ; stupeur hallucinatoire.

D. Folies hystérique, épileptique et hypocondriaque, auxquelles se joignent : les folies périodiques, circulaires et alternantes ; les folies, suite d'affections physiques extra-cérébrales (folies fébrile, puerpérale), d'intoxication.

3° Les états d'épuisement pernicieux du cerveau :

A. Epuisement aigu du cerveau avec danger immédiat. — Délire aigu.

B. Epuisement chronique avec dégénérescence, paralysie progressive, démence paralytique type.

4° Cérébropathies psychiques : affections résultant de troubles cérébraux organiques sub-aigus ou chroniques, diffus ou en foyer, paralysies progressives modifiées.

II. — *Troubles intellectuels à base de développement incomplet ou de dégénérescence héréditaire.*

A. La névrose héréditaire : les folies transitoires.
B. La folie héréditaire simple : la folie par obsession (folie du doute et du toucher), la folie de la chicane.
C. Le délire systématique originel (originaire Verrücktheit).
D. La folie morale (folie dégénérative héréditaire).
E. L'idiotisme.

Le groupe des dégénérés ressemble à peu près au nôtre ; quant aux autres formes (folies hystérique, épileptique, folies périodiques) qu'il contenait auparavant, elles sont réunies à part, et il suffirait de peu de chose pour leur accorder une plus grande importance. En résumé, la classification actuelle de M. Schüle reproduit nos grandes lignes et les deux classifications ne présentent que de légères différences.

Si l'on compare maintenant la classification de Krafft Ebing de 1883 et celle de Schüle de 1878, on voit quelles grandes affinités les rapprochaient, bien que celle du premier soit plus claire : Krafft Ebing comprend deux groupes de maladies mentales, suivant qu'elles atteignent le cerveau normalement développé, ou que celui-ci est frappé d'arrêt de développement. Ce dernier comprend simplement l'idiotie et le crétinisme. Le premier groupe, le plus étendu, le deuxième de Schüle, comprend (voir pour comparer, le tableau de Schüle de 1878) :

A. Les *psychonévroses*, c'est-à-dire les états simples curables (manie et mélancolie) et les états secondaires incurables (Verrücktheit secondaire).

B. Les *dégénérescences psychiques*, *a*) folie raisonnante, *b*) folie morale, *c*) Verrücktheit primitive, *d*) folies par obsession, *e*) folies névrosiques (épilepsie, hystérie, hypochondrie), *f*) folies périodiques.

C. Les *cérébropathies* : démence paralytique, syphilis cérébrale, alcoolisme chronique, démence sénile, délire aigu.

Il est permis d'espérer que dans sa prochaine édition Krafft-Ebing ne voudra pas être en retard sur l'évolution essentiellement clinique du Dr Schüle.

Signalons un nouveau pas fait dans ce sens, en 1885, par le Congrès d'Anvers, dont une des commissions a proposé pour la statistique internationale la classification suivante. Nous mettons la nôtre en regard, pour qu'on puisse mieux les comparer.

Classification proposée pour la statistique internationale par la Commission nommée au Congrès d'Anvers de 1885.	*Formes correspondantes de la classification de M. Magnan* (1882).
Idiotie (imbécillité, débilité mentale, crétinisme). *Démence simple* (primitive ou consécutive)	Folie des héréditaires.
Manie	Manie.
Mélancolie	Mélancolie.
Délire (aigu ou chronique, comprenant tous les cas où prédomine un trouble primitif ou consécutif dans les idées	Délire chronique.
Folie morale, comprend en général les folies impulsives, les folies par obsessions.	Folie des héréditaires.
Folie circulaire.	Folies intermittentes.
Aliénations mentales compliquées de :	
Paralysie	Paralysie générale.
Épilepsie	Epilepsie.
Hystérie.	Hystérie.
Tumeurs et foyers cérébraux.	Lésions circonscrites,
Aliénations mentales par intoxication (Indiquer l'agent toxique).	Alcoolisme et autres intoxications.

Pour terminer, donnons quelques explications sur certains termes techniques que l'on voit employés par les Allemands dans leurs classifications, et qui n'ont pas leur équivalent en français. Ce sont les mots : *Wahnsinn*, et *primare* et *secündare Verrücktheit*. Ces explications nous ont été fournies par le Dr Siemerling, médecin assistant de M. le Pr Westphal.

Le mot *Wahnsinn* n'est plus employé que dans la langue juridique. Les expressions *primare* et *secündare Verrücktheit* employées par Zeller et Griesinger, remontent à une époque où l'on croyait que chaque *Verrücktheit* procédait forcément d'une mélancolie préexistante. Cette période de mélancolie était *primitive (primare)*, et la *Verrücktheit* était secondaire, d'où sa dénomination *scundare Verrücktheit*. Mais comme il y avait une série de cas dans lesquels il n'existait aucun stade mélancolique, on a choisi pour eux la dénomination de *primare Verrücktheit*. On s'est longtemps servi de ces expressions, mais elles sont tombées en désuétude, et elles ont été remplacées par la simple dénomination de *Verrücktheit (Paranoia)*. Les symptômes qui constituent la *Verrücktheit* sont essentiellement ceux-ci : toujours il s'agit d'hallucinations et d'idées délirantes dans le sens le plus étendu de ces mots. D'après l'invasion plus ou moins rapide et la durée plus ou moins longue de la maladie, on a distingué la *Verrücktheit* en *aiguë* ou *chronique*. En résumé, la *Verrücktheit* des Allemands correspond au délire chronique ou aux monomanies des Français. » Ces mots placés à dessein entre guillemets, nous montrent que les Allemands n'ont pas encore conçu exactement l'évolution de notre délire chronique, puisqu'ils le confondent en partie avec les monomanies que nous n'admettons plus isolées, et qui se rangent pour la plupart dans le groupe des dégénérescences mentales.

QUATRIÈME PARTIE

Le délire chronique à évolution systématique.

LEÇONS CLINIQUES

SUR

LE DÉLIRE CHRONIQUE

A Évolution systématique.

PREMIÈRE LEÇON

Historique.

SOMMAIRE. — Le délire chronique à évolution systématique ; ses quatre périodes : incubation, persécution, ambition, démence. — Le délire chronique, espèce pathologique indépendante, doit être étudié à part et nettement séparé des délires systématisés des dégénérés.

Lasègue (1852). Son délire de persécution, englobant tous les malades avec idées nettes de persécution, comprend des espèces cliniques à début, évolution et terminaison différents.

Morel (1860) décrit des hypochondriaques persécutés devenant ambitieux. Il s'agit dans ces cas de bouffées délirantes survenues chez les dégénérés.

Foville (1871). Sa mégalomanie comprend, à côté d'hallucinés persécutés devenus ambitieux, des ambitieux d'emblée, hallucinés ou non, des malades chez lesquels les délires de persécution et de grandeur, sont contemporains, d'autres chez lesquels ce dernier a précédé le délire des persécutions.

Messieurs,

L'année dernière, dans nos considérations générales sur la folie, nous nous sommes arrêtés longuement sur les héréditaires dégénérés, et notre insistance était justifiée non seulement par l'importance du sujet, mais aussi par les débats

ouverts, au sein de la Société médico-psychologique, sur les signes physiques, intellectuels et moraux de la folie héréditaire. Je vous ai présenté les diverses opinions émises dans le cours de cette discussion, et nous avons vu qu'à part quelques points de détail, la plupart des membres de la Société donnaient leur adhésion à notre manière de voir. Les leçons recueillies par M. le Dr Legrain ont été publiées dans le *Progrès médical;* vous les trouverez résumées dans les numéros du 18 et 25 décembre 1886 et du 5 et 12 mars 1887.

Les héréditaires dégénérés, rappelons-le sommairement, peuvent être divisés en quatre grands groupes, suivant le degré de développement des facultés intellectuelles : les idiots, chez lesquels la vie cérébrale est presque nulle ; les imbéciles, susceptibles d'une certaine éducation, mais incapables de se diriger, le jugement et l'intelligence restant rudimentaires ; les débiles, à facultés intellectuelles insuffisantes, mais capables dans des conditions déterminées d'un certain développement ; enfin les déséquilibrés, les dégénérés supérieurs, toujours mal pondérés, chez lesquels, à côté de facultés parfois brillantes, existent des lacunes intellectuelles et morales : les troubles de leur développement cérébral, très atténués si on les compare à ceux des idiots, offrent, néanmoins, des caractères généraux communs. Malgré les différences considérables qui séparent les malades placés aux deux extrémités de l'échelle de la dégénérescence, ils sont cependant tous de la même famille, et des types intermédiaires conduisent des uns aux autres par gradation insensible.

En dehors de la déséquilibration mentale qui leur est propre, la plupart de ces malades présentent des malformations diverses qui sont les *stigmates physiques* de la dégénérescence. Chez eux se montrent aussi des obsessions, des impulsions irrésistibles : telles sont la dipsomanie, l'onomato-

manie, la coprolalie, la kleptomanie, les anomalies sexuelles et bien d'autres états analogues qui montrent la déséquilibration fonctionnelle des divers centres cérébraux et spinaux. Nous avons réuni dans un même groupe tous ces phénomènes classés autrefois parmi les monomanies et considérés comme autant d'entités morbides, et nous les désignons du nom de *syndromes épisodiques des héréditaires* pour marquer par là qu'ils ne sont qu'un épisode dans l'histoire des dégénérés et que sous la variété de leurs formes ils conservent toujours les mêmes caractères : l'irrésistibilité, l'angoisse concomitante, la conscience complète de l'état, et la satisfaction consécutive à l'acte accompli. Ce sont là de véritables *stigmates psychiques*.

Les anomalies cérébrales de ces malades nous rendent compte de l'apparition des obsessions et des impulsions ; elles nous permettent aussi de nous expliquer la facilité avec laquelle ils délirent. Ils peuvent, sous des influences souvent minimes, avoir des accès d'excitation maniaque ou de dépression mélancolique. Parfois leur déséquilibration native s'accentue : il s'excitent et deviennent des *maniaques raisonnants* ; tantôt les anomalies morales s'exagèrent : ce sont des *fous moraux*. Les persécutés-persécuteurs tiennent à la fois de ces deux états morbides. Les délires systématisés prennent chez les dégénérés des caractères spéciaux : qu'il s'agisse d'un délire ambitieux, religieux, hypochondriaque, de persécution, etc., il débute d'emblée, est souvent polymorphe, de courte ou quelquefois de longue durée, mais il ne parcourt jamais une succession de périodes déterminées. Dans d'autres cas, le délire est tout à fait analogue à une idée obsédante. Il reste fixe, unique, sans tendance évolutive. Le tableau suivant résume les traits principaux de la folie des héréditaires dégénérés.

Les Héréditaires dégénérés.

§ I. — Idiotie, imbécillité, débilité mentale.
§ II. — Anomalies cérébrales (déséquilibrés). Défaut d'équilibre des facultés morales et intellectuelles.
§ III. — Syndromes épisodiques des héréditaires :
1° Folie du doute.
2° Crainte du toucher. Aichmophobie (αἰχμή, pointe).
3° Onomatomanie :
- 1° Recherche angoissante du nom et du mot.
- 2° Obsession du mot qui s'impose et impulsion irrésistible à le répéter.
- 3° Crainte du mot compromettant.
- 4° Influence préservatrice du mot.
- 5° Mot avalé chargeant l'estomac.

4° Arithmomanie.
5° Echolalie, coprolalie avec incoordination motrice (Gilles de la Tourette).
6° Amour exagéré des animaux. Folie des antivivisectionnistes.
7° a. Dipsomanie.
b. Sitiomanie (σιτία, aliments).
8° a. Kleptomanie, kleptophobie.
b. Oniomanie (ὠνία, achats).
9° Manie du jeu.
10° Pyromanie, pyrophobie.
11° Impulsions homicides et suicides
12° Anomalies, perversions, aberrations sexuelles.
A. Spinaux (réflexe simple, centre génito-spinal de Büdge).
B. Spinaux-cérébraux postérieurs (réflexe cortical postérieur).
C. Spinaux-cérébraux antérieurs(réflexe cortical antérieur).
D. Cérébraux antérieurs (érotomanes, extatiques).
13° Agoraphobie, claustrophobie, topophobie.
14° Aboulie.

§ IV. — A. Manie raisonnante, folie morale (persécutés-persécuteurs) participant quelquefois de l'une et de l'autre).
B. Délire primaire, multiple, polymorphe, de courte ou quelquefois de longue durée, mais sans succession évolutive déterminée.
- Délire ambitieux.
- — hypochondriaque.
- — religieux.
- — de la persécution.

C. Délire systématique, unique, fixe, sans tendance évolutive (analogue à l'idée obsédante).
D. Excitation maniaque, dépression mélancolique.

Nous allons étudier maintenant un groupe de malades bien différents des dégénérés, mais chez lesquels nous trouverons

également des caractères cliniques très tranchés. Je n'avais fait l'année dernière qu'esquisser l'étude du délire chronique, et je pensais que cette question, déjà portée devant la Société médico- psychologique, ne donnerait pas lieu à de grandes discussions. Messieurs, il n'en a rien été, et le délire chronique, présenté par deux vaillants défenseurs, Messieurs Garnier et Briand, a eu à subir de vives attaques et surtout les assauts désespérés des partisans des monomanies. C'est donc une question toute d'actualité, réclamant de nouveaux développements, et vous comprendrez que je revienne sur ce sujet.

Résumons en quelques lignes les points principaux de la discussion. Il est des malades qui, d'abord soupçonneux, inquiets, préoccupés, se montreront hallucinés, persécutés, puis ambitieux, et qui, enfin, après un temps plus ou moins long s'achemineront vers la démence. Faut-il laisser ce groupe de malades à physionomie si personnelle, à marche si régulière, à pronostic constant, faut-il les laisser confondus au milieu de tous les persécutés, de tous les mégalomanes, ou bien, au contraire, faut-il en faire une espèce particulière dont on déterminerait de plus en plus les caractères spéciaux ? Peut-on reconnaître et distinguer parmi les persécutés ceux qui sont appelés à devenir mégalomanes sans retour en arrière, ceux au contraire qui ne doivent pas s'engager dans cette route sans fin, ou qui peuvent impunément être tour à tour persécutés, ambitieux, hypochondriaques, mystiques, et dont le pronostic est tout différent ? En résumé, existe-t-il une psychose procédant par quatre étapes successives : période d'incubation, période de persécution, période ambitieuse et période de démence, psychose qui doit-être nettement séparée des délires systématisés des dégénérés ? C'est l'opinion que nous avons soutenue et c'est à cette maladie que nous donnons le nom de *délire chronique à évolution systématique*.

C'est, pour nous, une espèce pathologique nettement définie, à évolution magistralement systématique, se distinguant aussi bien par ses débuts que par sa marche régulière, invariable, de toutes les autres formes mentales. Le délire de persécution, la mégalomanie ne sont que des étapes, des phases successives de la même maladie.

La plupart des contradicteurs puisent leurs arguments dans les principaux travaux déjà publiés par Lasègue, Morel et Foville, ce qui nous oblige à une étude attentive de l'œuvre de ces grands aliénistes. Lasègue, dans sa monographie (Du délire de persésution in. *Arch. gén. de Méd.*, février 1852), a eu le rare mérite de détacher du grand complexus symptomatique désigné par Esquirol sous le nom de lypémanie un groupe de malades présentant un délire partiel, dont il fit une espèce pathologique nouvelle, qu'il appela *délire de la persécution*. Pour bien établir le type, il s'en est tenu à la période d'état, négligeant ainsi la marche de la maladie. Il a bien indiqué la période prodromique, mais il a fait observer que, si certains persécutés arrivent lentement, progressivement à construire leur roman systématique, il en est d'autres chez lesquels ce travail de formation du délire est *si rapide, qu'on saisit avec peine le premier degré*. Si Lasègue ne se fût pas arrêté à la *période de la floraison*, comme il le dit, et s'il eût continué à suivre l'évolution et la terminaison de la maladie, il serait arrivé à ce résultat inévitable que les persécutés, chez lesquels la période prodromique fait défaut, sont justement les persécutés dont il eût constaté la guérison assez prompte. Et, par suite, il n'eût pas rangé dans une même espèce pathologique, d'une part des malades qui guérissent presque toujours, d'autre part des malades qui ne guérissent presque jamais. Ces persécutés hallucinés qui guérissent rapidement, sont, pour la plupart, des héréditaires dégénérés et, quelquefois aussi, des alcooliques

chroniques ou subaigus, plus rarement des intermittents ou des hystériques. Ils ont les apparences d'un délirant chronique à la seconde période, mais ils en diffèrent totalement par leurs antécédents, par le mode de début du délire et surtout par son évolution ultérieure. Ils n'offrent jamais la marche systématiquement méthodique du délire chronique.

Une seconde assertion que nous devons relever, puisqu'elle a été cause de fréquentes erreurs, c'est que le délire de persécution pourrait s'accompagner ou non d'hallucinations. Après avoir parlé des illusions et des interprétations délirantes du début, Lasègue ajoute :

« Jusque-là, le malheureux persécuté s'est maintenu dans les limites des sensations vraies sur lesquelles il a fondé ses inductions délirantes, un certain nombre de malades ne vont pas au delà. Ce qu'il a entendu, il a pu, il a dû l'entendre et, bien qu'il ne dépasse pas cette mesure, *il peut parcourir tous les échelons et arriver au terme le plus avancé de la maladie ;* d'autres, au contraire, sont poursuivis par des hallucinations sans être ni plus ni moins gravement malades (p. 139). » Plus loin nous voyons encore : « L'hallucination de l'ouïe n'est ni la conséquence obligée, ni l'antécédent du délire de persécution, mais elle est la seule qui soit compatible avec lui (p. 140). » En admettant ainsi dans le même groupe des cas de délire de persécution sans hallucinations, on ouvre la porte à un certain nombre de malades, notamment aux *persécutés-persécuteurs* que, pour notre part, d'accord en cela avec M. Falret, nous repoussons du cadre du délire chronique.

Lasègue, ayant compris dans le délire des persécutions des persécutés sans période prodromique, des persécutés sans hallucinations, c'est-à-dire, je le répète, des persécutés souvent curables, s'est trouvé naturellement porté à admettre une période de décroissance du délire de persécution, comme il ressort du passage suivant : « J'ai suivi le délire de persécution

depuis son début jusqu'à sa période d'état. Comme je ne veux qu'établir un type et déterminer les caractères qui doivent entrer dans sa définition, il sera hors de propos d'étudier sa marche décroissante ou de chercher les indications thérapeutiques (p. 142). »

Du reste, d'après la statistique de Lasègue, la proportion des femmes atteintes de délire de persécution s'élèverait à 25 0/0, au quart des entrées, y compris les idiotes et les imbéciles. Ce chiffre énorme prouve éloquemment que Lasègue comprenait dans ce groupe un grand nombre de cas qui ne lui appartient pas. Cela est si vrai, que plus tard ce maître, avec sa vaste intelligence, entrevoyait lui-même les imperfections de son œuvre et, à propos du délire alcoolique subaigu, insistait particulièrement sur le diagnotic avec le délire de persécution. Plus tard encore, ayant eu à s'occuper de plusieurs aliénés persécuteurs et notamment de Teulat, le persécuteur de la princesse de B..., il présentait un groupe spécial de persécutés-persécuteurs distincts du délire de persécution. Le mémoire se termine par quinze observations très écourtées sans doute, mais dont la lecture cependant vient confirmer ce que nous avons dit et montrer à côté les uns des autres des faits de nature très différente.

En résumé, le délire de persécution de Lasègue a marqué un pas en avant, en séparant des lypémaniaques d'Esquirol un groupe de malades ; mais cette espèce pathologique, basée presque exclusivement sur un caractère symptomatique, l'idée nette de persécution, a dû englober des faits disparates. De là une confusion regrettable qui n'est pas sans exercer encore une certaine action sur les débats actuels. Aujourd'hui, il fallait nécessairement faire un choix parmi les persécutés de Lasègue, car les uns sont hallucinés, d'autres ne le sont pas ; les uns arrivent d'emblée à l'idée systématisée de persécution, d'autres n'y aboutissent qu'après une longue préparation ;

les uns guérissent, les autres sont voués à l'incurabilité. De là la nécessité, pour la détermination de ce nouveau groupe, de faire intervenir non seulement le caractère du délire, mais aussi les antécédents du malade et la marche de la maladie.

Morel, en 1860 (Traité des maladies mentales, p. 703 et suivantes), à propos du délire et des actes consécutifs à l'hypochondrie-névrose, décrit le délire hypochondriaque et, dans un chapitre spécial, parle des persécutés qui deviennent des ambitieux. (Du délire des idées et des actes qui est la conséquence de l'hypochondrie : folie hypochondriaque, délire de persécution, p. 703. — Transformation du délire des persécutions, systématisation des conceptions délirantes ; transitoire à l'idée qu'ont ces malades d'être appelés à de grandes destinées, p. 714). S'il n'admettait que des persécutés devenant ambitieux, il s'en trouverait certainement parmi eux beaucoup qui seraient des délirants chroniques ; mais, pour Morel, il faut qu'ils soient hypochondriaques d'abord ; or, l'hypochondrie, nous le savons, est le plus souvent une manifestation des héréditaires dégénérés, et, comme le délire chronique se montre exceptionnellement chez ces derniers, il ne paraissait guère probable que *l'hypochondriaque persécuté ambitieux*, pût présenter des caractères assez fixes pour entrer dans le cadre du délire chronique.

La lecture des deux observations que Morel donne comme exemples types montre surabondamment qu'il s'agit là de dégénérés apportant dans leurs délires la mobilité qui caractérise la plupart d'entre eux. « Dans la première observation (observation d'un halluciné hypochondriaque racontée par lui-même, p. 342), il s'agit d'un homme de 28 ans, à tendances mélancoliques dès l'âge le plus tendre, d'une émotivité extrême, névropathe, migraineux, qui, à la suite d'une

violente offense (soufflet reçu dans une réunion publique), devient plus triste, craintif, et tout à la fois hypochondriaque et persécuté. Il s'agite, présente des troubles de la sensibilité générale et des hallucinations de tous les sens, il devient rapidement ambitieux, entend la voix de Dieu qui vient le choisir pour régner (p. 348). Enfin il a des alternatives de stupeur et de violente agitation. A cette période, dit Morel, notre halluciné n'est plus reconnaissable. Après avoir été quelque temps dans un état de profonde stupeur, dans une espèce d'idiotisme avec suspension apparente, au moins, de toute activité délirante, et dans tous les cas de toute spontanéité intellectuelle, voilà que tout à coup il s'agite de nouveau. Bientôt rien n'égale les paroxysmes de sa fureur, l'obscénité de ses discours et la dépravation de ses sentiments et de ses instincts. Il déchire ses vêtements, et il détruit tout ce qui lui tombe sous la main. Il mange avec voracité, et cependant il maigrit ; l'absence de sommeil entretient chez lui une irritabilité continuelle. Dans cette perturbation générale de toutes ses facultés intellectuelles et affectives, il nous semble que le malade conserve encore quelques rares sympathies qui surgissent de temps à autre, pour disparaître bien vite, il est vrai, mais qui cependant nous donnent l'espoir que tout n'est pas perdu pour lui.

« Eh bien, dans cet état extrême, la connaissance de la nature de ses sensations internes et de celle des illusions de son intelligence va nous expliquer les motifs de ses actes et fixer le genre du traitement. X... nous avoue qu'il sent dans tout son être comme un poison qui le consume. En effet, il a des borborygmes et des flatuosités, sa langue est mauvaise et son haleine fétide. Qu'y a-t-il d'étonnant à ce qu'il se croie empoisonné ? Il souffre aussi d'une manière intermittente de violentes palpitations de cœur ; sous l'influence de ce dernier phénomène, il y a chez lui des frayeurs qui vont parfois

jusqu'à la syncope, et il s'écrie pâle et tremblant : « A moi, à moi, au secours ! »

« Dans son sommeil, ou plutôt dans un état intermédiaire entre le sommeil et le réveil, et qui remplit ses nuits, il a des visions effrayantes, il éprouve des sensations indicibles qu'il interprète d'après les dispositions de son état intellectuel. Il lui semble qu'un feu intérieur le dévore et se communique à tout ce qui l'entoure, à son lit, à ses vêtements ; il sent des flammes qui lui parcourent le corps. Cette sensation nouvelle détermine l'idée de sa damnation. Il se croit en enfer, etc. » Enfin, après la succession de tant de délires variés, le malade, dit Morel, a fini par guérir, ce qui ne nous surprend nullement avec cette mobilité et cette multiplicité des phases délirantes. Ai-je besoin d'ajouter que ce malade n'est pas plus le délirant persécuté de M. Falret, qu'il n'est notre délirant chronique ?

Dans la seconde observation, il s'agit d'un homme de 25 ans, ayant commis des actes extravagants toute sa vie ; c'est, dit Morel, un aliéné hypochondriaque porté au suicide, à l'homocide, aux excès vénériens et bachiques. Voici, du reste, le passage de l'observation relatif à ces dispositions maladives : « Pour échapper à cette tendance qui l'entraînait au meurtre d'une manière irrésistible, Lemaître s'enfuyait du toit conjugal avec l'argent qu'il pouvait emporter ; il parcourait alors les campagnes, entrait dans les cabarets, et commettait des excès incroyables. Ce n'est que lorsqu'il avait épuisé ses dernières ressources qu'il revenait à la maison, hébété, abruti, honteux de lui-même, mais calme en apparence. Il reprenait son travail, promettait de ne plus recommencer, demandait pardon à sa femme et déplorait ses égarements. La crise était passée ; mais, après quelque temps de repos, les mêmes phénomènes se reproduisaient, sous l'influence des mêmes causes, et les absences se prolongeaient toujours davantage. En effet,

l'enquête a établi que, dans l'espace de deux années, ce malheureux n'a pas vécu six mois dans son domicile. Dans le cours de son procès, une personne très respectable m'écrivait : « Nul ici ne se fait illusion sur l'état de Lemaître, c'est un débauché qui a réduit sa femme à la dernière misère. Il s'enfuit de chez lui pour se livrer aux égarements les plus honteux ; dans ses absences, qui se prolongent de plus en plus, il ne quitte plus les cabarets et les lieux de prostitution les plus mal famés. » Nous voilà donc arrivés à la phase de l'existence maladive de cet hypochondriaque, où, après l'avoir vu sur le point de commettre un suicide ou un homicide, nous observons chez lui une dépravation génésique. Il a, de plus, des tendances irrésistibles à la boisson. Or, si toutes ces tendances maladives si injustement attribuées à la passion et à la débauche, par un appréciateur qui n'est pas médecin, étaient autant d'entités pathologiques distinctes, dans quelle catégorie de prétendus monomanes faudrait-il classer cet aliéné ? Mais nous n'avons pas épuisé la série des phénomènes maladifs, des actes insensés dont l'existence de Lemaître nous offre le tableau (p. 423). » Puis arrive une bouffée de délire ambitieux, il raconte qu'il est appelé à sauver l'Etat et qu'il doit devenir un des plus fermes soutiens de l'Empire. Plus tard, il est traduit en cour d'assises pour avoir mis le feu à une meule de gerbes de blé afin de se faire rendre justice. Ce malade a guéri de ce premier accès et a pu quitter l'asile ; mais après une rechute, il a été ramené à Quatre-Mares.

Pas plus que le précédent, ce malade ne rentre dans le délire de persécution de M. Falret, ni dans notre délire chronique.

Quoi qu'il en soit, la grande autorité de Morel a pesé certainement sur quelques-unes des opinions qui ont été présentées dans notre discussion.

Examinons maintenant le mémoire vraiment remarquable

de Foville sur la folie avec prédominance du délire des grandeurs (1). Nous trouvons, dans ce consciencieux travail, la contre-partie du délire de persécution de Lasègue. Foville s'approprie quelques-uns des hallucinés persécutés de Lasègue, devenus des hallucinés ambitieux, et il les range dans une nouvelle espèce pathologique : *la mégalomanie.* Si Foville s'était contenté de comprendre dans ce cadre les seuls persécutés devenus ambitieux, nous serions bien près de nous entendre ; mais la mégalomanie de Foville ne contient pas seulement les délirants chroniques (persécutés hallucinés à longue éclosion, devenus plus tard ambitieux), cet auteur fait entrer aussi dans le cadre de la mégalomanie des sujets qui, d'emblée, ont des hallucinations et des idées ambitieuses ; d'autres qui ont des idées ambitieuses et pas d'hallucinations ; d'autres chez lesquels les délires des grandeurs et de persécution sont contemporains, et enfin des cas dans lesquels le délire des grandeurs se montre le premier et est suivi de délire de persécution; si bien que nous nous trouvons encore en présence des mêmes difficultés, nous avons un groupe clinique, la mégalomanie qui réunit des sujets très différents, non seulement au point de vue des caractères mêmes du délire, mais aussi au point de vue du début et de l'évolution de la maladie.

Foville étaye la mégalomanie sur douze observations ; dans les quatre premières, il s'agit manifestement d'héréditaires dégénérés. L'observation V est un délire chronique : « Mégalomanie. Délire partiel systématisé. Hallucinations. Idées de persécution. Délire des grandeurs consécutif. L'observation VI est la seule sur les douze où l'on trouve du délire hypochondriaque qui, nous l'avons vu, devrait, d'après Morel, se montrer constamment ; le sujet paraît être un héréditaire

(1) A. Foville. — *Etude clinique de la folie avec prédominance du délire des grandeurs.* Paris, 1871.

dégénéré. Les six autres observations sont un peu écourtées, mais elles paraissent se rattacher pour la plupart au délire chronique.

Cela suffit pour nous donner une idée de ce groupement de faits; malgré le caractère symptomatique commun qu'ils puisent dans la mégalomanie, ils n'en constituent pas moins une mosaïque clinique où l'on chercherait en vain une marche et un pronostic pouvant se rattacher à tous les cas.

DEUXIÈME LEÇON

Historique (*Suite*).

Sommaire. — Discussion de la Société médico-psychologique 1886-1888. Le délire chronique est une entité morbide : arguments présentés par MM. Paul Garnier, Briand, Magnan, Camuset, Marandon de Montyel. Pour M. Falret (1887), le délire ambitieux se montrerait dans le tiers des cas seulement. Il fait des réserves sur la période de démence. — Schüle (1886) décrit les délires des persécutions chez les dégénérés et chez les cerveaux invalides ; son délire systématisé chronique comprend, à côté de cas rentrant dans le délire chronique, des formes à évolution très différente. — Krafft-Ebing (1888) tend à renfermer dans le même cadre tous les délires systématisés (*Paranoia persécutoria*).

Messieurs,

Après avoir fait ressortir, dans les travaux de nos devanciers, les causes d'erreur qui pouvaient encore exercer leur influence, j'en viens à la communication de M. Falret à la *Société médico-psychologique*.

Notre savant collègue indique tout d'abord, en quelques mots, l'évolution du délire de persécution tel qu'il le comprend. A une période d'incubation, que nous admettons comme lui, succède une deuxième période caractérisée par des hallucinations auditives et des idées systématisées de persécution ; puis vient une troisième période avec des hallucinations de l'ouïe, du goût, de l'odorat, des troubles de la sensibilité générale et des idées stéréotypées de persécution ; enfin survient

le délire ambitieux. Qu'il nous soit permis de faire observer que les troubles de la sensibilité générale se montrent assez souvent dès le début de la deuxième période ; avec les premières injures, tel malade se plaint de démangeaisons, qu'il attribue à la vermine qu'on lui lance dans la rue, tel autre se croit tourmenté par des décharges électriques, etc. Quelquefois aussi, on observe de bonne heure des hallucinations du goût et de l'odorat (1). D'autre part, le délire stéréotypé est un phénomène habituellement très tardif, et, quand il se présente, des modifications beaucoup plus importantes se sont souvent produites, des idées ambitieuses et des erreurs de personnalité, par exemple. Aussi nous paraît-il plus simple de comprendre le délire de persécution dans la deuxième période et le délire ambitieux dans la troisième ; c'est à ce moment surtout que l'on voit les idées se stéréotyper. Cette période précède la dernière étape, celle de la déchéance intellectuelle ou de démence. Quant au délire ambitieux, M. Falret ne partage pas l'opinion des partisans du délire chronique. Ce délire ambitieux s'observe à peine, dit notre savant contradicteur, dans le tiers des cas, et c'est un simple délire surajouté qui ne change rien au fond de la maladie.

Je ne puis absolument répondre que par des faits, et je demande la permission d'invoquer les observations d'un adversaire qui n'est pas suspect de tendresse pour le délire chronique, de M. Séglas, qui, du reste, a choisi plusieurs de ses observations dans le service même de M. Falret. Que voyons-nous chez ces sept malades ? Six ont du délire ambitieux, et, sur les six, quatre n'avaient, il y a deux, trois, quatre ans, au moment de leur entrée au bureau d'admission, que des hallucinations et du délire de persécution, et, pour ces quatre,

(1) Magnan. — *Du délire des persécutions.* Leçons faites à l'Asile Sainte-Anne (*Gaz. méd.*, octobre-novembre 1877).

il faut bien le remarquer, en disant délire chronique, nous comprenions implicitement le développement ultérieur du délire ambitieux. Il est probable que si M. Falret se donne la peine de faire une nouvelle statistique, en ne comprenant que les vrais délires chroniques, le désaccord sur ce point cessera entre nous. Le délire ambitieux ne change pas assurément la nature de la maladie ; le délire de persécution persiste, mais les idées ambitieuses tendent peu à peu à devenir prédominantes et donnent au sujet non seulement une personnalité nouvelle, mais aussi une physionomie toute différente de celle du début. Dans quelques cas d'hallucinations bilatérales à caractère différent suivant le côté affecté, les hallucinations d'abord très nombreuses dans l'oreille, que nous pourrions appeler persécutée, tendent à diminuer à mesure que se développent les hallucinations dans l'oreille ambitieuse (1). Cette période, sur laquelle nous avions déjà insisté en 1877 (2) et qui a été étudiée avec soin dans la thèse de M. Paul Garnier (3), fait donc corps avec le délire chronique au même titre que la suppuration dans l'éruption variolique.

M. Falret ne veut pas de la période de démence, et cependant, si certains délirants chroniques peuvent rester cohérents pendant de longues années, il n'en est pas moins vrai que beaucoup d'entre eux en arrivent à une période de dissociation dans les idées, d'incohérence, à laquelle il nous semble très logique de donner le nom de démence.

En outre, M. Falret craint que le délire chronique ne comprenne des faits plus nombreux et plus complexes que ceux

(1) Magnan. — *Des hallucinations bilatérales à caractère différent suivant le côté affecté*; in *Arch. de Neurol.*, n° 18, novembre 1883.

(2) Leçons de Magnan à l'Asile Sainte-Anne (*Loco citato*).

(3) Paul Garnier. — *Des idées de grandeur dans le délire des persécutions*, Thèse de Paris, 1878.

que l'on admet dans le cadre du délire de persécution. Il peut se rassurer sous ce rapport, car le délire chronique, tel que nous le comprenons, laisse en dehors de lui des faits qu'embrasse, au contraire, le délire de persécution.

Enfin, faut-il conserver le nom de délire de persécution sous lequel Lasègue comprend cette immense classe de délirants persécutés? Dans ce cas, pourquoi ne l'appellerions-nous pas *mégalomanie* avec Foville, puisque, du moins, nous aurions sous ce vocable les trois périodes : incubation, persécution, ambition ? Mais M. Falret me répondrait, sans doute, qu'à côté des persécutés mégalomanes, Foville a rangé des mégalomanes d'emblée et d'autres mégalomanes très différents ; c'est bien aussi mon avis, et c'est pour cela que je crois devoir désigner ce groupe bien limité de malades sous le nom de délire chronique à évolution systématique.

L'importante discussion qui a suivi, au sein de la Société médico-psychologique, la remarquable communication de M. Paul Garnier sur le délire chronique (1), est encore trop récente pour que nous ayons besoin d'y insister longuement. Rappelons cependant que MM. Paul Garnier, Briand, Marandon de Montyel, Camuset ont éloquemment combattu pour la réalité de l'espèce clinique à laquelle nous donnons le nom de délire chronique. Des critiques ayant été adressées à cette dernière dénomination, M. Paul Garnier a proposé le terme de *psychose systématique progressive*. M. Camuset, dans sa communication (2), s'est rallié à la distinction fondamentale que nous avons admise. Il conclut ainsi : « Il existe une classe nosologique composée d'un grand nombre de psychoses analogues qui débutent et qui évoluent selon une règle immuable, et qui ne s'observent que chez les sujets non dégénérés

(1) *Société médico-psychologique*, séance du 25 octobre 1886.

(2) Séance du 26 décembre 1887. (*Annales médico-psychologiques*, mars 1888.)

et normaux jusqu'au début de leur affection. » Il propose le terme de *délire chronique régulier* et l'oppose à la classe des folies des dégénérés, dont « il diffère du tout au tout. » Dans une savante communication (séance du 25 juin 1888) (1), M. Marandon de Montyel se rallie également à « la synthèse dite délire chronique, qui, non seulement, dit-il, répond à la réalité des faits cliniques, mais est conforme à toutes les grandes lois de la psychologie normale et de la psychologie morbide. » Il se livre à une critique très approfondie des objections faites au délire chronique. Il montre que les observations invoquées par les adversaires de la *psychose systématique* (c'est ainsi qu'il propose de désigner notre délire chronique), que l'existence d'idées ambitieuses et d'idées de persécution isolées ou combinées, dans la folie à double forme, chez les dégénérés (à l'état d'idée fixe), dans la manie périodique, n'infirment en rien le fait de la succession, dans l'espèce pathologique que nous étudions, d'une période ambitieuse à une période de persécution.

Il insiste sur les causes d'erreur qui peuvent faire passer à côté de cette transformation ambitieuse ; avec M. Camuset, il pense que, pour qu'il y ait mégalomanie, point n'est besoin que le malade se proclame inspiré de Dieu ou fils du roi, et il considère comme entrés dans la troisième période ceux qui ont une opinion exagérée d'eux-mêmes, un certain optimisme et la conviction qu'ils sont doués de certains pouvoirs ou de certaines qualités propres à eux seuls. Il fait remarquer qu'il est une autre cause d'erreur, signalée aussi par M. Falret, c'est la profonde dissimulation de ces malades, qui, devenus ambitieux, peuvent, pendant de longues années, cacher leur nouveau délire. Ajoutons qu'il est un seul point sur lequel M. Marandon de Montyel se sépare de nous : il s'agit du caractère

(1) *Annales médico-psychologiques*, septembre 1888.

antérieur du délirant chronique ; chez ces malades, qu'il considère comme des névropathes héréditaires, il note, bien avant l'éclosion de la maladie, l'association de ces deux sentiments, méfiance et orgueil, et leur fait jouer un rôle capital dans la genèse du délire. M. Doutrebente insista également sur la dissimulation des délirants chroniques devenus ambitieux, et, à propos d'une observation invoquée par nos adversaires, contre la succession des périodes du délire chronique telle que nous l'avons résumée, fit voir qu'elle en était au contraire une confirmation. Dans une intéressante leçon clinique à l'hôpital Necker (1), M. le docteur Gilbert Ballet a fait du délire chronique une description de tous points conforme à celle que nous avons donnée. Il la désigne du nom de *psychose systématique chronique progressive*. C'est, dit-il, une maladie mentale à évolution essentiellement lente et progressive composée de périodes multiples, se succédant dans un ordre régulier, dont le symptôme le plus typique est l'idée de persécution. Il en étudie les quatre périodes successives d'inquiétude, d'idées de persécution, de mégalomanie et de démence. Il réfute certaines objections qui lui ont été faites, et insiste sur le diagnostic avec les délires des héréditaires dégénérés et le délire alcoolique.

Nous avons recherché quelle était l'opinion des médecins allemands sur les faits dont nous nous occupons. Rappelons brièvement les grandes lignes de la classification du docteur Schüle (1886) (2). Il distingue les psychoses survenant chez l'individu à développement organo-psychique complet et les psychoses de l'individu à développement défectueux (dégéné-

1) Gilbert Ballet. — *Des idées de persécution et de la psychose systématique chronique progressive. Délire chronique.* (*Semaine médicale*, 1888).

(2) Schüle. — *Traité clinique des maladies mentales*, 1888. 3e édition. Traduction française de MM. Duhamel et J. Dagonet.

rés avec leurs stigmates psychiques particuliers : lacunes morales et intellectuelles, idées obsédantes, perversions sexuelles). Dans la première division, l'auteur établit deux grands groupes, basés sur la force de résistance cérébrale, et décrit ainsi les *psychoses du cerveau valide* et celles *du cerveau invalide*. L'affaiblissement de la résistance cérébrale peut être congénital (simple prédisposition) ou acquis, les psychoses du cerveau invalide pouvant, par exemple, succéder à des psychoses du cerveau valide. Certains délires systématisés (délires de persécution, ambitieux) rentrent parmi les psychoses des dégénérés : c'est le *délire systématisé originel des héréditaires* (*originare Verrücktheit*), les autres font partie des psychoses du cerveau invalide ; citons parmi ces derniers le *délire systématisé chronique* (*Chronischer Wahnsinn*) qui comprend deux formes : le délire des persécutions et le délire systématisé chronique. L'originare Verrücktheit ressemble au Wahnsinn chronique par les symptômes, mais en diffère par la présence des signes des dégénérés. Dans cette forme, le délire des persécutions et le délire ambitieux peuvent se précéder l'un l'autre, éclater simultanément, marcher parallèlement, se remplacer brusquement, s'entremêler.

Dans le chapitre consacré au Wahnsinn chronique, Schüle, après avoir décrit le délire des persécutions avec sa période d'incubation, étudie, ce qu'avait déjà fait Foville, « la complication de délire ambitieux qui s'ajoute ou se substitue au délire des persécutions. Tantôt elle peut se produire d'une manière en quelque sorte spontanée, inconsciente, tantôt elle est la suite logique du délire antérieur. Ce caractère ambitieux de l'affection est le signe d'une haute gravité, sinon de l'incurabilité... Le saint et le prophète avec tous leurs glorieux attributs s'acheminent vers la démence progressive et définitive. » A côté de ces faits, qui répondent à notre délire chronique, Schüle décrit, toujours sous le nom

de Wahnsinn chronique, des psychoses débutant par une phase de manie ou par un délire systématisé à forme dépressive aiguë ; il range aussi sous ce nom des cas où un délire de persécution périodique alterne avec un délire ambitieux également périodique, d'autres où, dans le cours d'un délire des persécutions, éclate brusquement soit un délire hypochondriaque, soit un délire ambitieux qui revêt parfois la forme d'un accès maniaque, d'autres dans lesquels le délire des persécutions se produit d'une façon inconsciente et subite. La terminaison en est très variable. Le Wahnsinn chronique est donc bien, pour employer l'expression de Schüle lui-même, une affection protéiforme. A part cette distinction de délire des persécutions chez les dégénérés et de délire des persécutions chez des cerveaux invalides, distinction qui, du reste, ne répond en aucune façon à notre manière de voir, nous en sommes toujours au point où en était Foville dans sa mégalomanie.

Le professeur V. Krafft-Ebing (1) désigne sous le nom de Wahnsinn des formes différentes de notre délire chronique et du Wahnsinn chronique de Schüle. *L'hallucinatorische Wahnsinn* est essentiellement caractérisé par l'excitation des centres sensoriels dans un cerveau épuisé, l'excitation pouvant parfois s'étendre aux territoires psychomoteurs. L'auteur y fait rentrer, entre autres, certains délires des prisonniers, les psychoses post-fébriles, un grand nombre de psychoses puerpérales désignées par la plupart des auteurs sous le nom de manie. Le délire des persécutions spécifique alcoolique, et aussi les délires consécutifs aux crises épileptiques ou hystériques sont, au point de vue purement symptomatique, des

(1) R.-V. Krafft-Ebing. — *Lehrbuch der psychiatrie*. 3e édition, 1888, Stuttgart.

équivalents du Wahnsinn hallucinatoire: cette forme n'a donc rien à voir avec le délire chronique.

Laissant de côté la distinction établie par Schüle, l'auteur décrit dans le groupe des dégénérescences psychiques la *Paranoia* ou *primare Verrücktheit* qu'il distingue en *originare Pananoia* (début dans l'enfance) et en *Paranoia tardive*. Celle-ci comprend elle-même parmi ses subdivisions le délire des persécutions et la mégalomanie. « Ces deux délires peuvent d'ailleurs, dit Krafft-Ebing, se présenter soit simultanément, soit successivement, soit isolément. Il n'est pas rare que, dans le cours de l'évolution d'un délire des persécutions, des idées de grandeur surviennent, si puissantes, qu'elles supplantent presque entièrement le délire primitif. La *Paranoia persecutoria*, dit-il autre part, aboutit directement à un état terminal d'affaiblissement psychique, ou bien survient une transformation du délire... Le malade, jusqu'alors accablé, persécuté, devient empereur, Dieu... Mais le plus fréquemment, la couleur du délire se maintient identique, le délire des persécutions persiste, sans exclure cependant les manifestations épisodiques d'un délire des grandeurs complémentaire, mais qui reste toujours à l'état embryonnaire. » L'auteur décrit ces persécutés ayant dès l'enfance un caractère sombre, excentrique, des tendances hypochondriaques, etc... Les citations qui précèdent nous montrent que le *chronischer Wahnsinn* de Schüle, que la *Paranoia persecutoria* de Krafft-Ebing sont bien plus compréhensifs que le délire chronique, et qu'ils renferment, comme le délire de persécution de Lasègue, comme les persécutés de Morel, comme la mégalomanie de Foville, des formes cliniques très disparates.

TROISIÈME LEÇON

Première période d'interprétations délirantes, illusions ; — Deuxième période de persécution, hallucinations audiitves.

SOMMAIRE. — Les quatre périodes du délire chronique. Période d'incubation : malaise, inquiétude croissante, soupçons, idées vagues de persécution. Illusions et interprétations délirantes. — Enfin apparition de l'hallucination de l'ouïe : le malade entre dans la deuxième période. Période de persécution. Mécanisme de l'hallucination. Son siège est dans les centres perceptifs corticaux. Marche progressive des troubles sensoriels, chuchotements, mots isolés, phrases, monologues, dialogues (accusateurs, défenseurs, chœur). Echo de la pensée. Hallucinations unilatérales, bilatérales à caractère différent. L'hallucination auditive, pénible dans la 2e période, affecte un caractère ambitieux dans la troisième. Sa contenance. Hallucinations du goût, de l'odorat. — Observ. I : Période d'incubation avec interprétation délirante ; période de persécution ; marche progressive des troubles hallucinatoires ; injures, monologues, écho.

Messieurs,

Nous venons de voir les desiderata des œuvres remarquables de nos devanciers et les quelques points qui nous séparent de M. Falret ; étudions maintenant le délire chronique tel que l'examen direct du malade permet de le constituer en dehors de toute théorie. Le délire chronique frappe en général à l'âge adulte des individus sains d'esprit, n'ayant présenté jusque-là aucun trouble intellectuel, moral ou affectif. J'insiste sur ce fait qui a son importance puisque, par cette particularité, ces

malades se séparent tout d'abord des héréditaires dégénérés, qui présentent dès l'enfance des troubles qui les font reconnaître. Ses principaux caractères sont : sa longue durée, qui peut atteindre 50 ans, et même davantage ; sa marche méthodique, régulière et progressive, coupée par quatre étapes nettement dessinées ; son évolution constante, avec un délire systématisé de couleur différente pour la seconde et la troisième période. La première période, ou période d'incubation, est caractérisée par des illusions, des interprétations délirantes et l'inquiétude constante et progressive du malade. Dans la seconde période, ou période de persécution, les phénomènes principaux sont représentés par des hallucinations pénibles, surtout auditives, des troubles de la sensibilité générale et des idées de persécution. La troisième période, ou période ambitieuse présente des hallucinations à caractère ambitieux ; des troubles de la sensibilité générale et des idées ambitieuses. La quatrième et dernière période est caractérisée par la déchéance de l'intelligence : c'est la période de démence. Ces périodes se succèdent irrévocablement de la même manière et vous pouvez sans crainte repousser du délire chronique tout malade qui, d'emblée, devient persécuté ou ambitieux, ou qui, d'abord ambitieux, devient ensuite persécuté.

1° *Période d'incubation.* — La période d'incubation ne s'offre pas avec des caractères tranchés ; les malades éprouvent un malaise, un mécontentement qu'ils ne peuvent s'expliquer ; ils sont soucieux, inquiets, soupçonneux, ils croient remarquer certains changements dans la manière d'être de leur entourage ou même des étrangers. Ils dorment mal, ils ont moins d'appétit, moins d'aptitude pour leurs travaux et leurs affaires. A cette époque ils pourraient être pris pour des hypocondriaques. Peu à peu il leur semble qu'on les observe, qu'on les regarde de travers, qu'on les dédaigne et qu'on

les méprise ; ils doutent, hésitent, restent flottants au milieu d'idées variées, acceptées d'abord, repoussées ensuite, admises peu à peu et donnant lieu enfin à des interprétations délirantes. Ils se demandent parfois pourquoi on leur en veut, ce qu'ils ont fait, mais ils ne poussent pas plus loin leur enquête, ne recherchent pas d'où leur viennent ces taquineries, ces persécutions, ni quels sont ceux qui ont intérêt à leur nuire. Le malade reste ainsi troublé, inquiet, parfois excité ; tout entier aux conceptions pénibles qui commencent à l'assaillir ; il est indifférent à tout ce qui ne paraît pas se rattacher à son délire. Les grands événements ne l'émeuvent pas, les troubles politiques le laissent indifférent, les pertes d'argent, les deuils de famille le touchent peu. Au contraire, des faits insignifiants, mais qui sont en rapport avec ses préoccupations pénibles, qui les justifient, acquièrent une importance extrême et provoquent sa colère. Une personne oublie-t-elle de le saluer, c'est pour lui une injure volontaire ; que l'on tousse ou crache à côté de lui, qu'une fenêtre, une porte s'ouvre ou se ferme devant lui, qu'on vienne à déplacer une chaise, etc., ce sont là tout autant de marques de mépris. Les témoignages de bienveillance ou d'affection deviennent des moqueries, le silence lui-même est une offense. Le vague peu à peu s'efface : à l'hésitation, succède la certitude, et, fortifiées par toutes ces preuves, ses convictions deviennent inébranlables. Dans cet état d'esprit, le patient, toujours sur le qui-vive, épie, écoute, surprend, dans une conversation, une phrase qu'il s'attribue ; c'est l'interprétation délirante ; ou se trouve blessé par tel mot insignifiant, mais dont le son présente quelque analogie avec une injure grossière, et qu'il confond avec celle-ci ; c'est l'illusion. Puis l'idée constante d'une persécution, la tension incessante de l'intelligence finissent par éveiller le signe représentatif de la pensée, l'image tonale, c'est-à-dire le mot, l'hallucination auditive se produit. La bar-

rière est alors franchie, et le malade entre dans la seconde période, celle des hallucinations, des troubles de la sensibilité générale et du délire de persécution.

Avant d'aller plus loin, arrêtons-nous quelques instants sur ce trouble élémentaire, si important dans le délire chronique, l'hallucination, et cherchons à en saisir le mécanisme. Lorsque M. Baillarger publia en 1845 son important mémoire sur lés hallucinations, il combattit avec succès la théorie exclusivement périphérique, qui place dans l'organe lui-même le siège de l'hallucination ; il repoussa également la théorie psychique ou centrale, qui fait de ce symptôme un phénomène purement intellectuel, et il mit en avant la théorie mixte ou psycho-sensorielle qui paraissait répondre à toutes les exigences. Cette théorie, acceptée par la plupart des auteurs, et qui semblait ne plus pouvoir donner prise à la discussion, s'est trouvée de nouveau mise en question depuis les recherches sur les localisations cérébrales de Fritsch, de Hitzig, de Ferrier, de Münck, de Luciani et de Tamburini. Ces recherches physiologiques ont trouvé quelques contradicteurs, mais la clinique, étayée sur l'anatomie pathologique, est venue leur apporter son puissant appui. Toutes les fois, en effet, que, dans les cas de cécité ou de surdité psychiques, le résultat anatomo-pathologique a pu être fourni, chaque fois, dis-je, les régions que la physiologie expérimentale avait désignées comme centres sensoriels ont été trouvées altérées.

Dans la cécité psychique, le sujet qui a conservé la notion intérieure de l'écriture, du langage graphique, n'est plus capable d'enregistrer les images graphiques. Il peut écrire et il lui est impossible de lire même ce qu'il vient d'écrire. Le centre perceptif étant lésé, le signe représentatif de l'écriture, l'image visuelle qui est transmise par la rétine saine ne peuvent plus être perçus, enregistrés. Il en est de même quelquefois pour les objets et les signes. Dans la surdité psychi-

que, le sujet conserve le langage intérieur, mais il ne peut plus percevoir l'image tonale, c'est-à-dire le signe représentatif de la pensée, la parole. Il parle, il dit exactement ce qu'il veut dire, mais il ne comprend pas ce qu'on lui dit, il ne comprend pas lui-même ses propres paroles. Le centre cortical perceptif est lésé et ne peut plus percevoir l'image tonale. Les faits cliniques, d'accord avec la physiologie, désignent le pli courbe comme centre de la vision, la première temporale comme centre cortical de l'audition. Dans quelques cas, il est vrai, la lésion est plus étendue et dépasse les limites assignées à ces centres, mais néanmoins, en comparant ces faits, en superposant les divers schémas fournis par les auteurs, on trouve toujours une région commune qui correspond justement au centre sensoriel cortical.

Mais comment ces centres corticaux, ces centres de nos représentations, sont-ils mis en rapport entre eux? Comment communiquent-ils avec les centres supérieurs, la région frontale? Les belles recherches de Meynert nous le montrent nettement. Les relations entre ces différents centres sont établies par un système de fibres d'association : 1° les unes commissurales ou transversales unissant les parties homologues des hémisphères cérébraux ; 2° les autres unissant diverses parties grises d'un même hémisphère : — *a*) fibres propres : circonvolutions voisines ; — *b*) faisceau longitudinal contournant le corps calleux, sous-jacent à la circonvolution du corps calleux ; — *b'*) faisceau longitudinal supérieur ou arqué, au-dessus du corps calleux, s'étendant du lobe occipital au lobe frontal ; — *c*) faisceau unciforme, presque vertical, allant du lobe sphénoïdal au lobe frontal. Ce faisceau nous intéresse particulièrement ; — *d*) faisceau longitudinal inférieur, allant du lobe occipital au lobe sphénoïdal. — Les notions que je viens de vous rappeler nous permettent de nous faire une idée juste du mécanisme de nos acquisitions intel-

lectuelles, de nos connaissances élémentaires. Dans l'appréciation des propriétés organoleptiques d'un corps, d'une orange, par exemple, que se passe-t-il ? La couleur impressionne la rétine ; cette impression est transmise aux tubercules quadrijumeaux, où elle devient sensation, et de là arrive au pli courbe où elle est déposée sous forme d'image distincte. La saveur impressionne la langue, devient sensation dans le noyau du quatrième ventricule et image dans le subiculum de la corne d'Ammon. L'odeur fait naître l'impression dans la muqueuse de Schneider qui la transmet au bulbe olfactif, où elle devient sensation vague et se transforme ensuite en image dans un centre qui paraît encore résider dans la corne d'Ammon. Le poids, la forme reconnus par le toucher, par le sens musculaire, deviennent impressions dans le premier centre qu'ils rencontrent sur leur route, et images distinctes dans le centre cortical (lobes occipitaux). Une fois ces images perçues, elles aboutissent toutes au centre supérieur dans la région frontale, et l'objet se trouve connu avec toutes ses propriétés. D'autre part, grâce aux communications entre les différents centres, le souvenir de l'une de ces images éveille aussitôt les autres images ; c'est ainsi que l'odeur de l'orange suffit à nous rappeler le fruit lui-même.

Tous ces aperçus anatomiques et physiologiques que je viens de rappeler nous permettent de nous faire une idée juste du mécanisme de l'hallucination. Dans la théorie nouvelle avancée par Tamburini, et que j'accepte pour ma part, l'hallucination a pour siège le centre perceptif cortical ; elle est causée par un état d'excitation, une sorte d'éréthisme de ce centre. Quand cet éréthisme est suffisant, la décharge a lieu, l'image tonale surgit, comme si elle était provoquée par une impression périphérique et elle retentit sur les centres supérieurs avec tous les caractères des sensations normales. Ce

trouble sensoriel est la représentation tellement fidèle de l'image normale qu'il entraîne une conviction complète, et que les malades ne peuvent admettre qu'il s'agisse là d'un phénomène pathologique; « c'est pour me consoler que vous le dites » répondent-ils au médecin qui cherche à les persuader de l'origine maladive de ces sensations, et si l'on insiste, on les irrite, mais on ne parvient pas à les convaincre. D'autres fois, c'est la région antérieure qui finit par éveiller dans le centre perceptif l'hallucination; c'est en sens inverse que se produit alors le phénomène, et une pensée tenace, continue, toujours la même, exerce à son tour une action puissante sur le centre cortical et appelle l'image; celle-ci surgit enfin, mais son apparition est alors secondaire.

Au début, ce sont de simples chuchotements; et, plus tard, des paroles prononcées à haute voix; quelquefois ce sont des mots de langues différentes si l'halluciné connaît plusieurs langues ; ces voix se font entendre constamment, la nuit, le jour; elle viennent de tous côtés, du sol, des murailles, du plafond, du plancher, des cheminées aussi. Ces voix suivent l'halluciné dans la rue, partout; s'il se retourne il ne voit personne.

Dans quelques cas le malade remarque et raconte avec étonnement que toutes ses pensées sont répercutées immédiatement partout comme un écho. « Tout ce que je pense, je l'entends aussitôt; on me vole, on me prend mes pensées. » Une malade que nous verrons aujourd'hui m'a dit elle-même : J'entends ma pensée « au loin comme un *écho.* » Un homme, que nous examinerons également ensemble, écrivait à son frère pour lui demander de le faire placer dans une maison de santé; il le prie instamment de choisir lui-même la maison et de ne pas lui dire où il l'installera parce que si lui-même le savait, ses ennemis, qui le tiennent à l'*état d'hypnotisme* l'apprendraient à leur tour, puisqu'ils s'emparent de sa pen-

sée, et pourraient le suivre dans sa nouvelle résidence, tandis qu'ils seront dépistés s'il ignore lui-même où il va. De telles interprétations délirantes donnent assurément une idée de l'état de souffrance morale dans lequel vivent ces malheureux hallucinés.

Quand la maladie progresse, le centre cortical s'émancipe : des mots, des phrases, des monologues se produisent en dehors du courant d'idées du sujet, si bien que celui-ci, pensant à autre chose, est interpellé par ses ennemis, il répond, et alors s'établit un dialogue entre le patient, représenté par le lobe frontal, et l'interlocuteur, cantonné dans le centre auditif cortical. C'est un dédoublement de la personnalité. Plus tard encore, l'indépendance des centres corticaux devient plus grande, ils fonctionnent en quelque sorte automatiquement et le sujet assiste, comme un étranger, à des conversations dont il ne se doute pas faire les frais. Il y a là un accusateur, puis un défenseur ; une voix injurie, une autre encourage ; enfin, comme dans la comédie antique, un troisième groupe de personnages intervient : c'est le chœur, le peuple qui porte son jugement sur les différents faits énoncés. Quand l'injure est spirituelle et malicieuse, le chœur rit et se moque ; si elle dépasse la mesure, le chœur trouve l'expression trop forte et approuve les paroles du défenseur qui lui-même intervient activement. Une pauvre femme, qui depuis quinze ans vient à notre consultation externe, traîne constamment avec elle une troupe de ce genre et elle rappelle parfois en riant tout ce qu'ils disent. Un jour elle était plus triste et elle me raconta que la veille, pendant que son défenseur relevait vertement un mauvais propos de ses ennemis, elle avait été prise d'un accès de toux et elle avait craché. Elle entendit aussitôt le défenseur lui dire d'un ton irrité : « Cochonne, pourquoi me cracher au visage ? » et, à partir de ce moment, il cessa de la défendre.

Il nous reste à étudier un curieux phénomène hallucinatoire que l'on observe quelquefois. Les hallucinations affectent habituellement les deux moitiés symétriques du même sens; c'est-à-dire que l'halluciné, comme l'homme normal, entend des deux oreilles, voit des deux yeux, perçoit, en un mot, par les deux côtés, les images subjectives qu'il extériorise. Dans quelques circonstances, ainsi que Calmeil, Moreau, Michéa et bien d'autres l'ont signalé, l'hallucination est unilatérale et frappe l'une des parties similaires de l'appareil sensoriel. C'est par un œil, par une oreille, par un côté du corps que le patient se trouve influencé. Ce que nous savons des centres perceptifs de la couche corticale nous rend parfaitement compte du phénomène et l'on comprend qu'une excitation prédominante d'une région déterminée se traduise par des troubles correspondants.

Un malade nous a donné une ingénieuse explication de ses hallucinations unilatérales. Son ennemi, dit-il, tenait à la main un miroir concave sur lequel il pouvait voir l'image du patient. Il lui plaçait un tube sur l'oreille et le malade sentait et entendait immédiatement par cette oreille.

Dans quelques cas plus rares, l'hallucination est bien bilatérale, mais elle se montre avec des caractères qui varient suivant le côté affecté : l'oreille droite, par exemple, entend des choses agréables, tandis que l'oreille gauche ne perçoit que des injures. Ce phénomène apporte une preuve de plus à la théorie du dédoublement et de l'indépendance fonctionnelle des hémisphères cérébraux. Ce que la clinique nous présente aussi nettement dessiné, vous savez qu'on peut le produire expérimentalement chez des hystériques dans certains états hypnotiques. Parmi les nombreuses expériences faites dans ce sens je citerai celles de M. Charcot, à la Salpêtrière, rapportées avec beaucoup de détails dans l'ouvrage de M. Paul Richer ; et celles que M. Dumontpallier a bien voulu faire sur

une de ses malades dans une de mes leçons à l'asile Sainte-Anne. Après avoir placé la malade dans l'état de somnambulisme, il lui dit à l'oreille droite qu'il fait beau et que le soleil brille, pendant qu'une autre personne lui dit à l'oreille gauche qu'il pleut. Du côté droit le sujet sourit, tandis qu'à gauche l'abaissement de la commissure labiale traduit le désagrément que cause le mauvais temps, etc.

Un fait, qu'il est bon de remarquer, c'est que l'hallucination, en tant que manifestation du délire chronique, suit une marche parallèle aux conceptions délirantes, et, comme celles-ci, après avoir présenté à l'origine un caractère pénible, elle affecte plus tard un caractère ambitieux qui se met en harmonie avec les idées expansives du délire.

Dans les hallucinations bilatérales à caractère différent, ce sont les hallucinations pénibles qui débutent chez les délirants chroniques ; elles se cantonnent dans un côté, et chez un malade dont j'ai relaté l'histoire dans un travail sur ce sujet, elles étaient installées à droite et se montraient nombreuses et très actives pendant toute la deuxième période ; mais, à la troisième période, le délire se transforme, changeant de couleur, les hallucinations agréables se produisirent, mais c'est à gauche qu'elles se fixèrent ; elles devinrent de plus en plus fréquentes tandis que les hallucinations pénibles, résidant à droite, s'atténuaient insensiblement.

Les hallucinations auditives, « les voix », comme disent les malades, ne font jamais défaut dans le délire chronique, elles en sont un des caractères les plus importants : mais si les hallucinations de l'ouïe sont habituelles, elles ne sont pas exclusives des autres troubles sensoriels. Assez souvent se montrent des hallucinations du goût, de l'odorat ; fréquemment les malades parlent d'empoisonnements, de saveurs désagréables, de narcotiques versés dans les aliments ou les sons ; une des malades, que nous examinerons, parle de

liquide spermatique mélangé à la soupe. Il en est de même des odeurs empestées, d'odeurs de soufre, de différents poisons qu'on leur envoie.

L'observation suivante va nous montrer une malade sans tares héréditaires, à intelligence développée malgré l'absence d'instruction, qui, après avoir passé par une période d'incubation avec interprétations délirantes, est entrée depuis dix ans dans la seconde période : les troubles sensoriels furent d'abord des injures brèves, puis des monologues ; enfin, le tic-tac de la pendule, l'idée qui accompagne chacun de nos actes suffisent à produire l'hallucination, « on dit tout ce qu'elle fait. » Dès hallucinations de l'odorat viennent aussi s'ajouter. Elle finit par comprendre la cause de ces persécutions et, faisant un retour sur le passé, elle s'explique bien des faits qui étaient restés sans signification pour elle. Faisons remarquer la part importante qui revient au rôle joué par les interprétations délirantes et les modes de réaction de la malade : deux plaintes au commissaire, douze déménagements en 5 ans, menaces de coups de revolver, violences.

Observation I. — *Période d'incubation avec interprétation délirante ; période de persécution ; marche progressive des troubles hallucinatoires ; injures, monologues, écho.*

Mme Rob..., âgée de 50 ans. Père, brave paysan, bien portant, sobre, mort jeune en 1841. Peu de temps après, sa mère se remaria. Isolée au milieu de la campagne, elle gardait les chèvres et connut peu les joies de l'enfance. Au couvent de 15 à 17 ans, elle en sortit pour apprendre le métier de lingère. Son instruction est nulle, mais elle est intelligente, active, économe, adroite de ses mains. On la maria à 19 ans, contre son gré, à M. C... Brutalisée, dit-elle, par les parents de son mari, et celui-ci refusant de se séparer des siens, elle le quitta.

L'existence lui fut encore dure jusqu'en 1863, époque à laquelle elle fit connaissance de M. B... avec lequel elle vit depuis. Le ménage fut toujours excellent ; travaillant ferme l'un et l'autre, ils

élevèrent un enfant qui actuellement semble un bon ouvrier. Elle a toujours été très fière, jamais n'a voulu frayer avec les voisins. Son plus grand défaut a toujours été la jalousie. En 1871, elle fit une scène violente à M. B... parce qu'il causait familièrement avec une ouvrière du voisinage. Depuis 1873, ils ont fait douze logements, restant à peine quelques mois dans certains d'entre eux. Les concierges lui faisaient des misères, riaient d'elle.

Dès 1874, la visite d'un étranger lui semblait un événement qui l'inquiétait. Sa jalousie s'exagérait. M. B.... ne pouvait regarder une femme sans être réprimandé, « il amenait, dit-elle, des jeunes femmes jusque chez lui. » Elle avait aussi des discussions avec la concierge : un jour elle brisa une bouteille, écrasa des fruits offerts par un voisin. Les voisins la méprisaient probablement à cause de sa situation équivoque, on la regardait de travers. En 1875, on l'appelait » gadoue ».

Dans un autre logement, en 1877-78, les voisins l'appelaient « bégueule, vache, bourrique, etc. », « ils crachaient sur sa robe, lui jetaient des pots de chambre sur la tête. » De 1879 à 1884, elle voyait bien qu'elle était la « burle » de tout le monde, on se moquait d'elle. Cette situation change peu jusqu'en 1885. A ce moment, les persécutions deviennent très nettes : on lui fait toutes sortes de misères : le concierge arrêtait l'eau quand elle voulait laver ; on lui prenait les œufs de ses poules ; partout où elle allait elle payait des prix fous. Le concierge entrait chez elle en son absence et fouillait dans ses affaires. Elle fait mettre à ce moment une barre de fer derrière sa porte pour être plus en sûreté. Quand elle sortait elle remarquait que les gens se réunissaient et cancanaient sur son compte. On la suivait dans la rue, on la bousculait, surtout au niveau des bouches d'égout. On l'insultait, on lui disait : « Voleuse, p..., tu vas avec ton fils, etc. »

Dans son avant-dernier logement 86-87, elle fut « persécutée d'une façon outrée. » Un chiffonnier l'attendait et « poussait des grognements comme un imbécile. » Des individus la précédaient chez les fournisseurs et lui faisaient payer tout plus cher. On lâchait du gaz dans la cave voisine. Les insultes redoublaient dans la rue, sous sa fenêtre : « Ah ! tu n'as pas assez souffert, c'est un nouveau 93, c'est ta tête qu'il nous faut. »

D'abord elle pensa que toutes ces poursuites ne s'adressaient qu'à elle, mais en 87 elle comprit qu'on voulait les perdre tous, elle, B... et son fils. En juin, elle conseilla à M. B... de se plaindre au commissaire. Elle y va elle-même et croit reconnaître dans un mendiant italien M. C... déguisé. Il s'est associé à son gendre M... pour la

persécuter. Ce M... est commissaire à Paris (il y a un commissaire de ce nom) et met toute la police à ses trousses, ils veulent les prendre par la famine, la surprendre couchée avec son fils. A partir de ce moment elle ne veut plus sortir. Chez elle, ils l'observent continuellement, l'insultent, font des trous dans la muraille, coupent un carreau pour mieux l'observer. Elle est constamment à sa fenêtre à épier les passants. En face est un couvent où tous les matins des mendiants viennent prendre leur soupe ; ce sont des employés de la police qui se déguisent pour mieux la surveiller.

Elle déménage en juillet. Après quelques jours de tranquillité, elle reconnaît dans le voisinage tous les gens qui la persécutaient auparavant. Les chanteurs qui viennent dans la cour sont de la police, elle reconnaît dans leurs chansons toutes sortes de menaces ot d'insultes à son adresse. Les voisins l'insultent de nouveau, on l'appelle « vieux fourneau · » Ses moindres actes sont épiés ; quand elle se lève, on dit : « Tiens elle pisse, elle met sa culotte, etc. » Quand un voisin se trompe de porte, elle se fâche, « c'est un espion. » Furieuse contre les voisins, elle les menace de son revolver.

Elle tapissa sa chambre, murs et fenêtres, de draps, de jupons, de vieux papiers. Dans cette chambre sans lumière, M. B. cherche un coin de fenêtre où il puisse lire. Mme Rob... l'observe et, quand il est parti, constate qu'en face demeure une jeune femme qu'elle croit reconnaître. Elle médite pendant quelques jours, elle reconnaît à la fenêtre de cette femme une descente de lit qu'elle a bordée jadis, cette femme ressemble à l'ouvrière que son mari courtisait en 71. On lui a présenté, quelques jours auparavant, une enfant qui ressemble à M. B...; c'est sa fille... et cette femme est la femme de M. B... Ils sont mariés depuis seize ans ; elle se rappelle le jour ; M. B... était sorti sous prétexte d'assister à un baptême. Elle comprend tout, cette femme et sa bande la poursuivent depuis seize ans ; on a voulu souvent l'empoisonner, mais elle est forte, elle a toujours résisté.

En septembre, M. B... assiste à l'enterrement de l'un de ses chefs. Elle ne veut pas y croire « il cherche à se débarrasser d'elle. » A son retour, il trouve la chambre jonchée de débris de livres, de vêtements déchirés ; elle a arraché les galons de sa tunique, elle l'a dégradé, puis elle a mis la tunique en morceaux. Elle a voulu se venger, elle ne veut rien laisser à cette femme. Le médecin qui la visite est un ennemi déguisé qui a fait un faux en signant son certificat.

Conduite par son fils chez le commissaire, elle comprend alors qu'il est aussi de la bande ; c'est cette femme qui a remué tout un

monde « de cocottes » pour avilir son fils, depuis il ne peut plus rien dire ; il est obligé de les écouter et de les suivre. Elle lui parle dans des termes les plus méprisants.

A l'asile, elle a refusé plusieurs fois de recevoir M. B... et son fils, et quand elle les reçoit, c'est pour les maltraiter. Le lendemain de son arrivée, elle voit bien qu'on a voulu l'empoisonner, elle ne veut pas manger ; elle reste sombre, assise dans un coin, pleurant souvent, mais au bout de quelques jours son allure change, elle devient agressive et « sait bien que tout ce que nous ferons sera inutile. » Les médecins veulent la rendre folle, elle aimerait mieux être à Saint-Lazare, elle confondrait M. B...

24 *octobre.* » Les médecins lui jouent tous les tours possibles, la pendule à chaque instant répète les noms de C... et de B... pour la tracasser. On la fait coucher dans des draps d'épileptiques afin de la rendre elle-même épileptique ; » la surveillante est obligée de la laisser choisir chaque fois qu'on change de draps. Elle prend en grippe des malades de son quartier, on les a mises là pour la tracasser.

6 *novembre.* Entrevue avec son mari ; elle lui rappelle avec indignation tout ce qu'elle a fait pour lui depuis 16 ans et lui reproche quantité d'accidents qu'elle a éprouvés depuis ce temps. Ici elle payait 100 fr. de loyer en trop, c'était pour le loyer de sa femme. Il lui a pris des bijoux, encore pour sa femme. Des voisins lui empruntaient des chemises, des jupons, etc..., pour sa femme encore. Le pauvre homme niant la version qu'elle fait de certains incidents passés, elle lui lance un coup de poing. « Cet homme seul est capable de choses pareilles, dit-elle, si je n'étais pas venue ici il m'aurait poignardée ; il y a 17 ans qu'il m'empoisonne. etc. » « Il faut que tu ailles à l'échafaud, crie-t-elle à son fils. » Au moment de partir elle saisit le parapluie de M. B... et le brise en plusieurs morceaux ; elle le guettait depuis longtemps, mais n'avait pas voulu le faire devant les autres malades qui l'auraient prise pour une folle.

QUATRIÈME LEÇON

Troubles de la sensibilité générale. Rareté des hallucinations visuelles.

Sommaire. — Rareté des hallucinations de la vue. — Troubles de la sensibilité générale. — Leur fréquence.

Observation II. — Longue durée du délire (34 ans). Période d'incubation : Illusions ; période de persécution ; troubles de la sensibilité générale (électricité, magnétisme, vitriol). — Hallucinations de l'ouïe. — Période ambitieuse. — Troubles de la sensibilité génitale.

Observation III. — Hallucinations de l'ouïe et du sens génital. — Réactions violentes ; accusations vagues se précisant peu à peu ; désignation d'un persécuteur.

Observation IV. — Pointe d'alcoolisme activant le délire dans la période d'incubation. — Période de perscution : hallucinations de l'ouïe, de l'odorat ; troubles de la sensibilité générale (hypnotisme, suggestion, téléphone) ; écho de la pensée. Réactions diverses.

Les hallucinations de la vue, les moins fréquentes, ne sont cependant pas absolument rares ; la plupart des auteurs en ont observé et nous en trouverons chez quelques-uns de nos malades, le plus souvent elles sont éveillées par une idée obsédante. Quant aux troubles de la sensibilité générale ils se montrent quelquefois en même temps que les hallucinations de l'ouïe, ils peuvent même les précéder et faire naître les idées de persécution. Ils sont excessivement fréquents et les malades font part des souffrances provoquées par leurs ennemis en disant : qu'ils les brûlent, qu'ils les piquent, qu'on les magnétise, qu'on les électrise, qu'on les endort, qu'on leur donne des gaz, etc. Quelquefois ces troubles de la sensibilité

générale poussent les patients à prendre des attitudes étranges : un malade, que nous avons vu il y a quelques années, se disait *temporalisé* : sa fiancée avait glissé dans son corps par un orifice de la région temporale, superposant ses organes aux siens, les yeux aux yeux, le nez au nez, l'ombilic à l'ombilic, etc..., et, comme il se trouvait dans un service d'hommes, cette double personnalité, homme et jeune fille, le mettait dans le plus grand embarras. Au moment du lever et du coucher, il s'empressait, avec la pudeur d'une jeune fille, de tirer sa chemise et de se coucher ; il avait habituellement dans le service une attitude spéciale : il tenait constamment ses jambes croisées pour protéger sa virginité.

Le sujet suivant, dont le délire dure depuis 34 années, va nous montrer d'une façon très nette une longue période d'incubation avec inquiétude, illusions et interprétations délirantes, survenant chez un homme dont la santé générale et intellectuelle a été excellente jusqu'à 30 ans ; puis apparaît la deuxième période de persécution avec hallucinations de l'ouïe et de la vue (appoint éthylique), troubles de la sensibilité générale : on l'électrise, on le magnétise, on lui lance des jets de vitriol, on charge sa femme d'électricité pour lui donner des secousses ; il a des craintes d'empoisonnement, crache dans des bouteilles qu'il porte à la Préfecture de police ; ses insulteurs dialoguent entre eux. Séquestré à cinq reprises, il est entré depuis quelques années dans la période ambitieuse. Des hallucinations de l'ouïe lui apprennent qu'il obtiendra 75,000 francs à titre de dédommagement.

Obs. II. — *Longue durée du délire (34 ans). Période d'incubation ; illusions. Période de persécution : hallucinations auditives ; troubles de la sensibilité générale (électricité, magnétisme, vitriol. Début de la période ambitieuse).*

Le malade C..., âgé de 64 ans, est entré, pour la première fois,

dans les asiles, en 1873, atteint de délire avec idées de persécution; depuis, il y est revenu cinq fois et toujours le même délire évolue et se combine peu à peu avec des idées ambitieuses.

Antécédents héréditaires. — Père et mère normaux, intelligents. Les frères et sœurs s'entendent bien entre eux, tous ont vécu à la maison très tard ; la famille est restée unie jusqu'au bout et encore aujourd'hui il n'y a que le malade qui ait quitté le pays et qui ne voit plus ses frères. Tous élèvent de nombreux enfants qui se portent bien.

Antécédents personnels. — Le malade, dont la jeunesse s'est passée très régulièrement, est toujours resté sobre et n'a fait aucune maladie sérieuse. Il est allé à l'école jusqu'à 13 ans et a toujours été dans les premiers. L'instituteur le faisait venir le soir pour faire la classe aux adultes. Il s'entendait bien et jouait volontiers avec tous ses camarades : tout le monde l'aimait au village. A sa sortie de l'école, il devint clerc d'huissier et resta deux ans et demi chez le même patron. Il le quitta pour aller chez un de ses cousins, qui lui offrait des appointements plus élevés. Il passa six mois chez celui-ci et, à 16 ans, un de ses parents, marchand de vins, le voyant actif et intelligent, l'invita à venir à Paris. La révolution de 1848 et la mort de son patron le forcèrent, quelques années après, à chercher un nouvel emploi. Il put enfin retrouver une place de clerc d'huissier, à Blois, où il resta quatre ans ; il était dans les meilleurs termes avec son patron, s'intéressait aux affaires dont il avait à s'occuper, et savait remplacer son maître pendant ses absences.

Il revint à Paris en 1854, pour se marier. C'était alors, dit sa femme, un homme d'un bon caractère, d'humeur gaie, aimé de ses camarades. Mais le ménage ne fut pas longtemps heureux ; C... ne tarda pas à devenir pointilleux, sombre, boudeur ; c'est à peu de temps de là que semble débuter sa maladie. En 1857, il remarqua des malversations à l'étude, ses camarades commençaient à le regarder de travers, ils avaient l'air de se méfier de lui et de le prendre pour un mouchard. Quittant alors son emploi, il resta chez lui et travailla à une machine à coudre avec sa femme ; mais, dit celle-ci, il n'a jamais eu de travail sérieux, il est toujours inquiet, en mouvement, il sort, rentre, monte, descend ; il refuse d'aller travailler chez les autres. Bientôt les voisins se mirent de la partie, ils lui étaient désagréables, tenaient de mauvais propos sur son compte ; toutefois il prenait patience, n'y prêtait pas grand attention parce que ses affaires marchaient bien, dit-il. A cette époque,

son beau-frère venait assez souvent à la maison et il a eu des soupçons sur sa conduite vis-à-vis de sa femme. Un jour, rentrant chez lui, il les trouva seuls, étonnés et surpris de son arrivée. Il engagea sa femme à se tenir un peu à distance, parce que, disait il, son beau-frère était assez souvent en ribote. En 1859, il assiste à une séance de magnétisme, on lui fait des passes et pendant vingt-quatre heures il a mal à la tête. Il comprend alors qu'on peut faire du mal par le magnétisme. Vers cette époque on s'est mis à lui envoyer de la teinture électrique et du magnétisme. Peu après, il a commencé à entendre de mauvaises paroles. « Voilà un cocu qui passe, etc. » De 1860 à 1870, il a été presque constamment « tourmenté, touché par leurs machines », mais ne soupçonnait pas qui pouvait le faire. Il entendait dire : « Si un ne suffit pas on se mettra quatre, cinq, même cent mille s'il le faut. » Sa femme se souvient qu'en 1869 il sortait tous les soirs, une arme dans sa manche. Un soir, il prit une grosse clef et revint quelques heures après la figure pâle, la chemise ensanglantée, disant : « Celui-ci ne me traitera plus de cocu, je lui ai fendu la margoulette. »

En 1870 il se retira chez sa sœur; bientôt il devint boudeur, il ne voulut plus parler à son beau-frère : il eut même une violente scène de jalousie avec lui; les chuchotements lui disaient que son beau-frère lui prenait sa femme. En 1871, il revint à Paris, on lui offrit une place d'huissier de la Commune; on l'a su, et plus tard quand on l'arrêta, c'était pour cela. A partir de 1870 il n'eut plus un moment de répit; il était debout toutes les nuits, s'installait dans un coin et observait fixement d'un côté ou de l'autre. Il ne voulut plus coucher avec sa femme ; quand elle passait près de lui, quand elle lui serrait la main, il s'essuyait immédiatement. « Ils l'ont pestiférée, disait-il, et veulent s'en servir comme de transmission pour m'atteindre moi-même. » On chargeait sa femme d'électricité pour lui donner des secousses. A la moindre observation de celle-ci, il répondait que c'étaient elles « les pétroleuses » qui la faisaient parler. *Ils* le persécutaient constamment au moyen du magnétisme et de l'électricité. Il s'entoure de toutes sortes de précautions, achète une ceinture de Pulvermacher, porte un corset avec des aimants, isole son lit sur des pieds de verre, porte des chaussettes de soie, etc. En 1873, il va se plaindre chez le commissaire. Un professeur de magnétisme installé au-dessous de chez lui agit sur lui par l'électricité, ça craque dans ses membres, ça l'empêche de dormir. On dirige vers lui des jets de lumière électrique, ça lui fait venir la poitrine toute violette ; ça vient des fenêtres du voisinage, mais il ne connaît pas les personnes. Dans l'escalier on lui disait des mots

à double entente : « Parler est d'argent, le silence est d'or. » « La prudence est mère de la sûreté. » On l'arrête et il entre à l'asile, d'où il sort quelques mois après, un peu plus tranquille, mais toujours délirant. En 1875, nouvelle arrestation, il commence à croire que ces persécutions sont organisées par son beau-frère. Celui-ci, disait-il, avait autrefois fait dissoudre des allumettes dans du vin qu'il lui avait fait boire. En 1878, il se plaint d'empoisonnement, il est arrêté parce qu'il porte à la Préfecture des bouteilles dans lesquelles il avait craché, et qu'il avait cachetées ; elles contiennent, dit-il, le poison. Il reste des mois entiers sans se laver, sans changer de linge, ne se sert jamais d'eau sans la faire bouillir, prétendant qu'elle est empoisonnée. Il écrit constamment sur des petits papiers qu'il conserve et qui doivent servir de documents. En 1880, ce sont toujours les mêmes tourments ; des craintes d'empoisonnement, de l'électricité et du magnétisme. Il n'a pas voulu faire partie de la Commune, aussi les barricadeurs, l'Internationale dont les chefs sont teinturiers, corroyeurs, etc., lui jettent de la teinture électrique, de la pourriture électrique. A Vaucluse et à Sainte-Anne ils lui envoyaient de la bave de fou, de la pourriture qui puait le fou. Tont cela marche par la « délirante » : ce sont des somnifères, la morphine, le vitriol. En 1883, il a su que c'était T. et Cie et les teinturiers qui le tourmentaient. En passant devant la teintureie, il sentit un jet de vitriol rose, très fort, venant par derrière et le piquant vivement. Il interpella T. qui ne répondit pas. Le même jour, un autre lui a envoyé une nouvelle fusée de couleur verte, également désagréable ; c'est l'Internationale, « les retours de Nouméa ». Ils se servent aussi de photographies électriques, ils font voir des masques de chien, de cheval, etc. Il entend des injures de toutes sortes qu'on lui adresse, il a des dialogues avec ses insulteurs. Ils lui ont dit qu'ils avaient tué son père, il est mort tué par un cheval « vertigoté », un cheval électrisé (son père a été tué en voulant arrêter un cheval emporté. Sa mort lui paraissait très naturelle et s'ils ne lui avaient pas dit qu'ils étaient cause de sa mort, il n'y aurait jamais pensé.) Un de ses enfants, mort à 4 ans, a été tué par la pourriture électrique, les veines de son ventre étaient d'un rouge de vitriol. Il entend les conversations des insulteurs entre eux. Il les entend quelquefois « s'engueuler », dit-il. Ils injurient le gouvernement ; ils appellent le Président « Sadi-Ruine », la République « Ruine publique » ; ce sont des communards qui lui en veulent parce qu'il a refusé d'être des leurs.

Il y a plus de dix ans on lui a, dit-il, promis 25,000 fr. comme indemnité des souffrances qu'on lui a fait subir. Les uns l'injurient,

d'autres le soutiennent en lui déclarant qu'il doit recevoir une somme en dédommagement. Depuis 2 à 3 ans, il est question de 75.000 fr. L'Internationale est assez riche pour payer tout cela, on le lui a dit. Quelques-uns le protègent et lui disent des choses bienveillantes, « il faut qu'on le paye puisqu'on l'a tourmenté. » Ils lui disent que les 25, les 75.000 francs sont à Genève, à Londres, à Bruxelles, ils ont des millions, des propriétés cachées partout, ils peuvent bien le payer.

Dans le service, il est réticent, inquiet par moments. De temps à autre, il a des hallucinations et des troubles de la sensibilité générale, mais il s'en défend : « Je n'ai plus rien, dit-il, ce sont des niaiseries, ce n'est plus comme autrefois ; du reste je sais à quoi m'en tenir, je me résigne maintenant, que voulez-vous que je fasse ? je les laisse dire, ça ne m'avance à rien de les écouter, j'ai 65 ans et il y a 32 ans que ça dure. »

Les hallucinations du sens génital ne sont pas rares, surtout chez la femme, mais les hommes n'en sont pas exempts ; ils se plaignent assez souvent de pratiques de sodomie, d'onanisme, auxquelles leurs ennemis se livrent sur eux aussi bien le jour que la nuit. Les femmes se plaignent encore plus souvent des outrages dont elles sont l'objet, la nuit, même dans leur lit, à côté de leur mari. Elles prennent toutes sortes de précautions : l'une d'elles s'emmaillotait tous les soirs pour échapper aux attouchements. Une autre, que nous avons eue ici, se couchait sur le côté, plaçant tout le bassin dans une marmite pour se protéger contre ses exécrables tourmenteurs qui, toutes les nuits, disait-elle, lui introduisaient des corps étrangers de toutes sortes dans les parties sexuelles et le fondement.

Voici un cas dans lequel les troubles de la sensibilité génitale étaient très accusés :

Obs. III. — *Hallucinations de l'ouïe et du sens génital. — Réactions violentes ; accusations vagues se précisant peu à peu ; désignation d'un persécuteur.*

M..., Jeanne, 30 ans. Père paralysé à 55 ans. — Sœur mélanco-

lique. – Depuis 3 ans et demie, M... prétend qu'on lui a fait des misères, qu'on altère ses aliments, qu'on pénètre chez elle, qu'on lui fait entendre des publications mensongères de mariage. Peu à peu aux hallucinations se sont ajoutés des troubles de la sensibilité génitale : les voisins et le portier la font, avec une poudre, tomber en léthargie, et pendant son sommeil se livrent sur elle aux actes les plus obcènes, prostituant sa bouche qu'ils lavent ensuite pour ne pas laisser de traces ; ils introduisent des cuillers, des fourchettes, des couteaux dans son vagin ; ils lui lancent des lavements empoisonnés et lui cousent l'anus ; puis ils déchirent tout et lui introduisent un bâton dans le rectum. Pendant son absence, ils pénètrent chez elle, et, devant son portrait, se livrent à des actes lubriques ; ils souillent de leurs pollutions ses aliments et ses boissons. On la surveille, on guette tous ses mouvements et l'on se moque d'elle. On tourne en ridicule un petit défaut qu'elle a sur son corps ; pendant son sommeil, on est venu, dit-elle, lui couper les lèvres. Exaspérée par ces infamies, elle a injurié les gens de la maison et elle a poursuivi une voisine avec un couteau. La malade est vierge.

Tels sont les caractères généraux et la marche des troubles sensoriels et des hallucinations chez les délirants chroniques.

Nous avons vu comment procède le délire proprement dit chez nos malades. A la fin de la période d'incubation, les illusions, les interprétations maladives, les hallucinations et les troubles de la sensibilité générale par leur persistance et leur ténacité font cesser toute hésitation, la conception erronée s'installe, s'affirme et le délire prend corps. Les idées délirantes considérées dans leur ensemble suivent une marche régulière ; d'abord vagues, diffuses, très étendues, elles se circonscrivent, se limitent et deviennent, à la longue, nettes et précises. *Ils*, *on* (indéfini), telles sont les locutions dont se servent au début les persécutés ; le délire est mal formulé et le malade ne désigne ses ennemis que par des termes vagues. Plus tard il précise davantage, il circonscrit son observation, et pour rendre compte des tourments qu'il endure, il accuse un groupe d'individus, c'est la police, les francs-maçons, les

jésuites, les médecins, les membres d'une société, les frères de la côte, les nervis, les teinturiers, comme disent deux de nos malades ; ou bien il attribue ses souffrances aux grandes forces naturelles : à l'électricité par exemple, et, dans un autre ordre d'idées, aux puissances occultes, à la magie, à la sorcellerie, aux diables, aux fées, aux sorciers, aux esprits.

D'autres sont, pour ainsi dire, à l'affût des découvertes nouvelles dont le côté mystérieux leur permet plus facilement d'expliquer les sensations étranges qu'ils éprouvent : ils parlent de téléphone, de microbes, de magnétisme, d'hypnotisme, de suggestion. Tel est le malade dont l'observation suit. Après une période d'incubation activée par une pointe d'alcoolisme et caractérisée par des interprétations délirantes et des illusions, il est, depuis un an, en pleine période de persécution, avec des hallucinations de l'ouïe, de l'odorat, des troubles de la sensibilité générale qu'il attribue à l'*hypnotisation*, on lui lance des *gylades de strychnine*. Signalons les hallucinations unilatérales gauches, le dialogue, le phénomène de l'écho de la pensée, les suggestions au suicide qui lui viennent de ses persécuteurs, les réactions différentes motivées par son délire : changement de domicile, port d'un couteau, destruction de deux billets de 100 fr., de sa moustache que veulent avoir ses ennemis.

Obs. IV. — *Pointe d'alcoolisme activant le délire dans la période d'incubation. — Période de persécution ; hallucinations de l'ouïe, de l'odorat; troubles de la sensibilité générale (hypnotisme, suggestion, téléphone) ; écho de la pensée. Réactions diverses.*

Sau..., Léon, 46 ans, rentier. Pas d'antécédents héréditaires connus.

Après de bonnes études classiques, M. Sau.., est reçu bachelier ès lettres et entre, après un concours, dans l'administration des

tabacs, où il reste dix ans. En 1869, il donne sa démission pour aider son père dans la gestion de ses fermes. Après la mort de celui-ci, en 1880 (il est alors âgé de 39 ans), il prend à son service une femme, noue des relations avec elle et l'établit ensuite avec son mari dans une boutique d'épicerie. Les B..., trouvant qu'il ne donne pas assez d'argent, récriminent, menacent, et, après de vives discussions, Sau... quitte le pays en 1885, pour échapper aux exigences de ses protégés.

Depuis quelque temps, Sau... était intempérant, et aux inquiétudes et aux craintes causées par les B... venaient s'ajouter de l'insomnie, des cauchemars et des frayeurs provoqués par les excès de boissons (pointe d'alcoolisme dans la période d'incubation).

Dès le lendemain de son arrivée à Paris, il se croit poursuivi dans les rues par B... et une bande à son service; effrayé, il descend rapidement de la voiture où il venait de monter, et s'enfuit; il rentre à l'hôtel où il reste enfermé deux jours, ne sort que pour prendre le train et arrive à Lyon. Durant trois jours il reste tranquille parce qu'il croit avoir échappé à la surveillance de ses ennemis (et aussi parce qu'il devient sobre). Il part pour Genève où il habite un an, sous un faux nom, pour ne pas être découvert par B...; toutefois, de temps à autre, il a des illusions, il croit l'apercevoir, mais redresse lui-même son erreur. Il prend d'ailleurs, dit-il, de grandes précautions; il va pourtant porter lui-même ses lettres pour son frère qu'il adresse à une tierce personne, au plus prochain bureau de poste français pour ne pas éveiller l'attention de la buraliste de Vitré qui eût pu en faire part à B... Il va ensuite à Annecy, mais là, dans un café, un lieutenant l'a, dit-il, regardé de travers, et peu s'en fallut que... Il part pour Grenoble, et peu de jours après son arrivée, deux capitaines le regardent de travers, et se moquent de lui. Il vit très retiré sous un faux nom nouveau. En 1887, il arrive à Marseille, sous le nom de Luc Séverine; là se termine la période d'incubation avec ses illusions. Il entre alors dans la deuxième période avec les hallucinations et les idées de persécution tendant de plus en plus à la systématisation.

Il est suivi par des nervis (voyous), il entend leurs voix, ils le persiflent. On lui dit qu'il est hypnotisé par des substances nuisibles que la police de sûreté a mis dans son vin. Dans ces voix il croit reconnaître celles des « frères de la côte », gens voulant jouir de tout sans travailler, faisant partie de la police de sûreté, qui « s'envoultent », qui font tout au nom de Belzébuth et qui hypnotisent et suggestionnent le suicide à autrui, pour s'emparer de son argent. Il est filé sans relâche par des agents de la sûreté. Partout

où il va, ceux-ci le persiflent disant : « Oh ! comme il marche bien, comme il est fort, il pose, etc... »

« On l'hypnotise par l'ouïe » en le tournant sans cesse, en l'exaspérant par la répétition incessante des mêmes injures. Ses ennemis se succèdent pour les lui répéter et lui lancer des gylades de jusquiame, de scamonnée, de strychnine par des trous percés dans le mur. Seul, nous explique-t-il, l'hypnotisé peut entendre l'hypnotiseur, même à distance, ce qui fait que nous qui sommes près de lui ne l'entendons pas. L'hypnotiseur peut le suivre et lui parler partout au moyen d'un petit miroir concave dans lequel il voit son image; pour lui parler, il n'a alors qu'à appliquer un tuyau dans l'oreille de son image. Il peut l'entendre avec les deux oreilles, mais aussi seulement et mieux d'un côté (côté gauche). On peut aussi se servir pour l'hypnotisme par l'ouïe de tous les bruits imaginables surtout rhytmés ou continus, on parle ainsi par les battements d'une pendule « vous a-vez rai-son, co-chon » ; par le bruit de la chute d'un robinet ouvert dans une salle de bains; tantôt les voix sont noyées dans le bruit des roues des wagons, tantôt enfin on peut utiliser les battements du cœur, etc...

Sau... distingue très bien les voix naturelles des voix hypnotiques: ces dernières sont basses et, transmises par les tuyaux de la police de sûreté, s'accompagnent d'un bruit de « pappotement.., pap pap» dû au bruit des lèvres dans le tuyau. Enfin les voix hypnotiques ne sont que le contrôle et le miroir de la pensée, elles n'inventent rien qu'il ne sache, et s'il prend son mouchoir, se contentent de le constater disant: « Tiens, il prend son mouchoir. » Les gylades de strychnine lui sont lancées à l'aide de seringues de Pravaz. Un jour il en perçut le choc sur un livre qu'il tenait ouvert et il cria à son persécuteur: « Ah ! le maladroit. »

Comme on devine sa pensée il doit employer des précautions toutes particulières quand il s'agit d'échapper à ses ennemis : il prie son frère, quand il est question de son changement d'asile, de lui laisser ignorer ou de le tromper sur le futur lieu de résidence, craignant que son persécuteur ne l'y suive; « sans cela, dit-il, me changer d'asile ne servirait à rien et tout autant vaudrait me laisser à Sainte-Anne. »

En juillet, entendant constamment sous ses fenêtres un charivari épouvantable par les tuyaux ou les voix, il se résoud à aller coucher à l'hôtel et le lendemain part pour Aix. En chemin de fer, à son arrivée à Aix, partout les voix le suivent. Lorsqu'il monte dans l'omnibus, il entend l'un des chefs des frères de la côte qui s'écrie : « Cet homme est fou ! » Il rencontre un nervi qu'il croit avoir

été envoyé de Marseille pour le forcer à se battre et dont la voix le suit partout. Des voix hypnotiques lui apprennent qu'il est sous le coup d'un mandat d'amener et, pour l'honneur de sa famille, lui suggestionnent le suicide. On accable sa famille d'injures : « Tous ceux que j'ai aimés, écrit-il, ou que je puis aimer encore, notre mère, notre père, et cela d'une façon révoltante que ma plume se refuse à consigner ici, toi-même, mon frère, les R..., G..., T..., L..., et autres de notre famille, tous les miens en un mot ont été systématiquement et sans pitié traînés dans la boue. »

Les persécuteurs, d'autre part, sont tous des gens qu'il a connus à Vitré. Leur but, croit-il, c'est de l'affoler pour avoir de l'argent. « Pour me laisser tranquille, ils ont demandé 20.000 fr., puis 5000 f et à Sainte-Anne 3000 fr. » A table d'hôte il prend les convives pour des magistrats et des policiers chargés de le poursuivre. La nuit il ne peut dormir entendant sans cesse les voix ; « Tu n'es qu'un saligaud, un pédéraste, un faux républicain. »

« Ton frère a violé une petite fille.... si j'étais toi, je me tuerais. »

En se déshabillant pour se mettre au bain, il les entendait se moquer de lui et l'appeler « tabou » (être sacré) parce que son prépuce ne recouvrait pas son gland et que dans l'érection le scrotum rétracté sur ses testicules les lui faisait croire collés à son corps. Alors il s'agenouille, fait une prière, se signe et essaye de se noyer dans sa baignoire; sa tentative ayant échoué, il entend les voix lui dire: « Puisque tu t'es raté, tu ne vivras que pour le déshonneur » et elles lui proposent pour le lendemain de l'empoisonner, ce qu'il accepte. A deux reprises différentes il prend des boissons qu'il croit empoisonnées. Les voix devenant plus énervantes, il passe de la défensive à l'offensive, entoure le manche de son couteau d'un mouchoir afin d'attaquer ses ennemis et les voix lui disent aussitôt avec dérision: On ne se sert pas d'un couteau dans l'infanterie de marine. » Plus tard c'est le nervi qui regrette d'être cause de la noyade: « Est-il possible, lui dit-il, qu'un homme qui a accompli trois sauvetages se noie dans une baignoire! » puis il l'entend s'en aller en chantant. Pendant la nuit, ayant entendu le nervi lui dire qu'après sa mort il lui couperait les moustaches qu'il avait longues et belles, qu'il les collerait sur un morceau de papier et les promènerait par la ville disant que c'étaient celles du Général Boulanger, il les brûla à la flamme d'une bougie.

De retour à Marseille, les voix lui ayant appris que les scellés avaient été apposés sur sa chambre, il va se loger au grand hôtel. On lui donne une chambre au 4me étage, mais la persécution continue. «Les frères de la côte, dit-il, avaient loué les 3 chambres

environnantes. » On lui conseille le suicide « par projection dans le vide, on veut qu'il se poignarde. » Ces deux moyens lui répugnent. Les voix lui disent que s'il sort, comme il a changé son nom à Marseille et à Grenoble, le juge d'instruction lui infligera 500 fr. d'amende et 15 jours de prison, il reste alors 3 jours sans sortir de l'hôtel.

Une femme prend un bain dans une salle près de la sienne, il croit entendre dans le bruit de l'eau qui tombe et s'écoule « tu n'es qu'un saligaud, ouf... etc. » A tout instant il change d'hôtel parce qu'on l'insulte ; on lui crie en imitant la voix de son frère · « Descends donc, charogne, descends donc... » Il croit que c'est le juge d'instruction qui est caché sous ses fenêtres. Il répond par des injures et aussitôt il entend la voix de son frère lui dire : « Ah ! c'est indigne, traiter ainsi son pauvre frère venu de si loin. » M. R... continue à l'hypnotiser et, imitant la voix de son frère, lui fait parcourir plusieurs hôtels pour le trouver.

Chaque jour il s'entend menacer d'une instruction. Les voix lui parlent par les tuyaux, l'envoient d'une prison à l'autre, sa valise à la main, pour se faire incarcérer.

Il change encore d'hôtel, « on simule une bataille sous ses fenêtres pour le pousser au suicide. » Il cherche à emprunter un revolver ; puis il retourne dans son appartement, et comme c'est jour de fête et qu'il croit ses ennemis occupés ailleurs il goûte un peu de repos.

Mais bientôt les gylades de strychnine recommencent et font tic... tac..., il se couche, ne peut dormir, songe de nouveau au suicide, et, voyant une bouteille d'eau sédative... oubliée chez lui, il entend une voix lui dire : « Tiens, cette bouteille ! » il se lève, constate qu'on lui a enlevé sa canne à épée... et alors boit deux grands verres d'eau sédative..., il vomit et se tord dans les douleurs, se frappe contre le mur, etc. Le lendemain il entend une voix lui dire : « Ah ! que j'ai ri de vos entrechats contre les murs, maintenant vous avez l'estomac perdu, nous viendrons bien à bout de vous. » Ses soupçons se portent ensuite sur son concierge que ses voix lui disent appartenir à la haute police.

Il va se plaindre au commissaire de police et au président du Tribunal.

En août, comme il avait entendu chanter sur l'air des lampions : « la sacoche, la sacoche, » il crut que les frères de la côte en convoitaient le contenu et il brûla deux billets de 100 fr. qu'elle renfermait. Il passe ensuite deux nuits atroces. V... lui envoie des gylades de jusquiame, de strychnine et remplit sa chambre de gaz mé-

phitiques, d'odeurs d'urine, d'excréments, d'alun calciné, etc. Pour les éviter il passe la nuit dans une cuisine étroite. Il se décide alors à venir à Paris.

Pendant le trajet, les voix ne discontinuèrent pas et il s'amusait, dit-il, durant la route, à noyer les voix hypnotiques dans le bruit des roues du wagon.

A l'hôtel, ses persécuteurs, qui l'y ont précédé, l'hypnotisent par les tuyaux et les gylades ; les voix lui disent qu'il occupe à l'hôtel la chambre maudite où un abbé s'est pendu, elles lui suggèrent le suicide. Alors il va réclamer protection à la Mairie. Là on l'adresse à la Préfecture de police où, pour se faire protéger, il annonce faussement qu'il y a un mandat d'arrêt contre lui. A l'infirmerie du Dépôt il croit retrouver un de ses persécuteurs, M..., de Marseille, qui s'est fait arrêter tout exprès pour l'y suivre et qui lui parle par hypnotisme.

Arrivé au Bureau d'admission, il entend M... répondre d'une voix naturelle et non hypnotique. Quelques jours après ce dernier est transféré, Sau... le voit partir, mais les voix ne discontinuant pas, il le croit revenu dans la personne de deux autres malades.

Pendant l'examen du médecin, le malade entend M... par l'oreille gauche. « Tiens, voilà qu'il dit mon nom. » M... se dit de la police secrète de Marseille ; il est à Saint-Anne où il a changé de nom. M... lui met son vase de nuit sous le nez et aussitôt Sau... sent l'odeur de ce vase. Quelquefois il lâche des vents à distance et Sau... les sent. D'autrefois Sau... réagissant lance des gaz et aussitôt M... s'en plaint.

Dès que Sau... a une pensée, immédiatement M... la formule ou y répond. Dans une lettre écrite à son frère il raconte qu'on lui suggère de nouveau le suicide et il ajoute : « La persécution par voix basses, suggessions, gylades, dont je souffre sans répit depuis le 7 août, s'est continuée, même à Sainte-Anne.

Le délirant chronique, comme le malade précédent nous le montre, arrivé à une certaine période de sa maladie, ne se borne plus à accuser un groupe d'individus, une société quelconque, mais, allant plus loin, circonscrivant davantage, désigne un personnage déterminé, M. X..., M. Z... C'est pour lui le chef de la persécution, c'est sur lui qu'il va faire retomber toutes les responsabilités.

A ce moment, fait important, non seulement dans la marche

du délire, mais encore au point de vue pratique, le malade devient dangereux; son attitude change et il commence à devenir lui-même persécuteur.

Quel que soit le mode de formation du délire, il conserve toujours le même caractère pénible. Cette disposition générale aux préoccupations tristes déteint sur les idées et les sensations du malade; ses interprétations délirantes, ses illusions, ses hallucinations ne sont que le reflet des tendances générales primordiales, et, si parfois une hallucination paraît être le point de départ du délire, on ne doit pas oublier les dispositions intellectuelles et morales qui la précèdent.

CINQUIÈME LEÇON

Modes de réaction du délirant chronique. Séquestration.

SOMMAIRE. — Modes de réaction du délirant chronique : il fuit les dangers imaginaires, il se défend, il attaque. Importance de la nature de ces réactions au point de vue pratique ; nécessité de la séquestration.

Observation V. — Période d'incubation : interprétations délirantes. Période de persécution : troubles de la sensibilité génitale ; insultes, dialogue. Plaintes.

Observation VI. — Systématisation rapide. Période de persécution. Hallucination de l'ouïe. Déménagements, voyages pour fuir ses ennemis. Lettres et plaintes pour se défendre. Hachette, tire-point pour attaquer.

Observation VII. — Période de persécution, troubles de la sensibilité générale. Hallucinations de l'ouïe. Port d'un révolver.

Nous avons décrit, dans les précédentes leçons, la période d'incubation et la période de persécution du délire chronique. Nous avons vu le malade, inquiet, triste à la première période, être assailli à la seconde par des troubles sensoriels incessants ; il n'est pas d'outrages, pas de tortures qui lui soient épargnés ; traqué sans relâche par des ennemis qui peuvent parfois avoir à leur service des forces mystérieuses, il ne peut songer à leur échapper ; les observations que nous avons citées nous donnent une idée de l'état d'anxiété continuel dans lequel vit le délirant chronique à cette période de sa maladie. Nous l'avons vu ensuite, après avoir désigné ses ennemis par un terme vague, accuser d'abord un groupe d'individus, puis,

précisant davantage, un personnage qui est pour lui le chef de ses persécuteurs; nous sommes ainsi amenés à étudier les divers modes de réaction du malade.

Pendant un certain temps, le délirant chronique n'est pas dangereux, il cherche surtout à éviter ses ennemis : il quitte son atelier ou son administration, il déménage fréquemment, ceux qui le peuvent entreprennent des voyages plus ou moins lointains; c'est de ces malades que parle Foville dans son étude sur les aliénés migrateurs (1).

Ceux qui ont des craintes d'empoisonnement achètent leurs aliments à différents endroit, chez des marchands éloignés de leur domicile ; ils prennent des précautions infinies dans la préparation de leur nourriture, ils font leur cuisine eux-mêmes, changent souvent de restaurant, ne se servent de l'eau qu'ils boivent qu'après des examens minutieux; ils vont le matin de très bonne heure la chercher à la fontaine avant même l'arrivée des ménagères. L'un de nos malades, nous l'avons vu, s'était entouré d'une ceinture de Pulvermacher et d'aimants, il avait isolé son lit avec des pieds de verre, espérant ainsi échapper à des décharges électriques. D'autres commettent un délit pour se faire arrêter, dans l'espoir que la police les défendra. A cette période, assez courte chez quelques-uns, succède une période de défense active, ces malheureux se plaignent partout, aux commissaires, au Procureur de la République, aux autorités, aux personnages en vue ; ils recherchent des protecteurs. Ils font faire des analyses de leurs boissons, de leurs aliments, de leurs déjections (crachats, urines, matières fécales), ils portent les bouteilles contenant ces produits empoisonnés chez le commissaire, au laboratoire municipal. Chez eux ils se barricadent, doublent leur porte d'une barre de fer, bouchent tous

(1) Foville. — *Les aliénés voyageurs ou migrateurs.* (*Ann. médico psychologique*, 1876).

les orifices, tapissent quelquefois toute leur chambre, murs et fenêtres, de papier, de journaux.

Enfin il en est qui, las de soutenir une lutte inégale contre leurs ennemis, se désespèrent et ne voient plus de refuge que dans la mort.

Mais nombre d'autres, fatigués par les outrages incessants, persuadés que leur vie est en danger, s'arment, et dès lors deviennent très dangereux. Ce sont souvent ces malades qui, sous le coup d'une hallucination, frappent un passant d'un coup de parapluie, d'un coup de couteau, quelquefois d'un coup de révolver. Ils désignent alors par leur nom les gens qui les poursuivent, ils leur font des menaces, s'acharnent à leur poursuite, leur écrivent des lettres injurieuses, les provoquent, les épient, les surprennent isolés, se précipitent sur eux, les frappent et peuvent même les tuer. Parmi les malades que nous avons eus dans le service : l'un, D..., avait tiré cinq coups de revolver sur sa maîtresse; un autre, C..., avait réuni, un soir, trois amis et les avait frappés à coups de couteau ; un troisième H..., avait tiré cinq coups de revolver sur sa femme. Quelquefois cette réaction dangereuse a mis longtemps à se manisfester; il a fallu que le malade fût poussé à bout par des attaques continuelles contre son honneur et son existence, mais elle peut, suivant le caractère du délirant chronique, arriver plus rapidement et se montrer dès le début de la deuxième période. Les moyens d'attaque de ces malades peuvent être aussi des récriminations, des procès ; L... porte des accusations contre le curé C... ; V... exhorte les ouvriers à la révolte. Les persécutés mystiques font dire des messes pour conjurer les influences diaboliques. La conduite du médecin se règle principalement d'après le mode de réaction du délirant chronique. Lorsque le malade désigne et menace l'auteur de ses persécutions, lorqu'il est arrivé à cette phase des réactions violentes, la séquestration devient urgente, car de la menace

à l'acte il n'y a qu'un pas, souvent bien vite franchi.

En résumé, le malade réagit successivement des façons suivantes :

1° Il fuit et évite les dangers imaginaires ;

2° Il se défend ;

3° Il attaque.

L'observation suivante est intéressante par la netteté avec laquelle se montre la marche progressive de la maladie. Il s'agit d'une femme de 44 ans, sans antécédents héréditaires, laborieuse, rangée, qui est arrivée à cet âge sans avoir éprouvé aucun trouble psychopatique. La période d'incubation est caractéristique : la malade s'attribue tous les mots grossiers qu'on peut entendre dans un lavoir ; elle accumule les interprétations délirantes. Puis viennent des troubles somatiques légers et la deuxième période commence : ce sont d'abord des chuchotements, puis des insultes, des propositions obcènes. Le dialogue apparaît ensuite. Ajoutons l'existence de troubles de la sensibilité génitale. Elle reste longtemps indécise dans le choix de ses persécuteurs : elle soupçonne des étudiants ; puis, elle les suppose payés par le gérant du 24 et associés avec le concierge.

Obs. V. — *Période d'incubation : interprétations délirantes. Période de persécution : troubles de la sensibilité génitale ; insultes, dialogue. Plaintes.*

La malade, Jac..., 41 ans, est née de parents qui n'ont jamais rien présenté d'anormal ; ils vivent encore, le père a 74 ans, la mère 84 et se portent relativement bien. Son frère et sa sœur ont également une bonne santé.

Elle-même a toujours eu bon caractère, elle a été très peu à l'école, mais elle a étudié chez elle et sait lire et écrire. Sa jeunesse a été tranquille. Réglée sans difficulté à 11 ans, elle n'a jamais présenté aucun signe de nervosisme, jamais elle n'a eu de maladie sérieuse. Domestique à Nancy, puis à Paris, elle a toujours eu de bons rapports avec ses maîtres et avec les autres domestiques. Mariée en

1866, à 22 ans, elle a eu deux enfants. Elle était enceinte de 8 mois quand son mari est mort en 1870, elle a supporté ce malheur avec énergie. Remariée en 1876, elle a eu 4 enfants de son second mari. Ses couches ont toujours été faciles. et de ses six enfants, deux sont morts en bas âge, les autres sont bien portants. Elle et son mari déclarent que leur ménage était tranquille, tout allait bien chez eux, ils n'avaient aucun ennui.

Il y a quelques mois, en juin, au lavoir, elle entendait des gros mots et s'attribuait ces injures ; elle avoue cependant qu'elle n'y connaissait personne. On bavardait. A peu près à la même époque, chez elle, dans les couloirs, ou dans la cour, elle remarquait que les voisins étaient jaloux d'elle : pour une ouvrière elle était trop propre ; on ne comprenait pas qu'elle payât son loyer aussi régulièrement. Au marché, elle entendait dire : « Ces gens-là ont toujours de l'argent au bout du doigt. » On suivait son petit garçon dans ses commissions pour voir s'il payait.

Au commencement de juillet elle éprouva des malaises, des courbatures, des engourdissements, ses yeux se brouillaient et ses oreilles bourdonnaient. Elle dormait mal. La simple odeur du charbon lui faisait mal à la tête. Peu habituée à se sentir malade, inquiète, elle fit appeler le médecin ; calmés pendant quelques jours, ses malaises reviennent souvent depuis ce temps. A la fin de juillet, elle entendait des chuchotements ; on parlait très bas et elle ne pouvait pas comprendre. Elle remarquait qu'au-dessous de chez elle étaient des gens qui la suivaient quand elle changeait de chambre. Elle écoute et arrive à reconnaître la voix de la dame du dessous ; elle comprend peu à peu qu'on l'insulte, on lui propose « des cochonneries si dégoûtantes qu'elle n'ose les répéter » ; on lui proposait de se donner à quelqu'un, on lui parlait de poses impossibles, on la « cochonnerait », etc...

Ces insulteurs voyaient parfaitement chez elle, car ils disaient tout haut ce qu'elle faisait ; quand elle s'habillait, quand elle faisait sa toilette, quand elle allait au cabinet, etc. Elle leur répondait souvent : « Ça ne vous regarde pas », mais ils continuaient. Elle ressentait des pressions sur la tête, sur le ventre, c'étaient certainement des gens instruits qui la travaillaient, peut-être des étudiants. D'août à septembre c'était dégoûtant, on lui disait les cochonneries les plus infectes. Elle ne pouvait plus dormir, c'était toujours des potins au-dessus et au-dessous, on la travaillait partout où elle était, jour et nuit, surtout la nuit, elle était obligée de se lever. Elle sentait comme si son mari la touchait, comme si la matrice sortait, elle avait même de la peine à marcher. Elle était toujours en mouve-

ment pour éviter leurs attouchements, ils disaient : « Elle est trop saine, il faut la pourrir. » Ce sont probablement des gens payés qui l'insultent et la travaillent ainsi. Peut-être sont-ils payés par le gérant du 24, elle ne sait pas pourquoi, c'est à peine si elle le connaît. Peut-être par jalousie, peut-être parce qu'il aurait voulu faire d'elle ce qu'elle n'aurait pas voulu. Elle se plaignit à son mari et lui conseilla d'aller porter plainte ; elle-même se rendit chez son ancien patron pour qu'il l'aidât à obtenir protection contre ses ennemis.

En septembre, les malaises redoublent, toute la journée elle est inquiète, les insulteurs continuent à l'appeler salope, hallucinée et à lui proposer des « actes obscènes », ils lui disent : « Tu es émétisée », elle veut absolument se plaindre, et c'est sous ce prétexte qu'on la conduit à la Préfecture. Pendant l'heure qu'elle passe à l'infirmerie spéciale, elle a été très fortement « émétisée », tout tournait. C'est en cet état qu'elle arrive dans le service, et, pendant 8 jours, elle reste sombre, inquiète, regardant à droite et à gauche d'un air méfiant : on la travaille toujours. Elle devient peu à peu mieux portante, mais les insulteurs continuent à lui tenir de mauvais propos, des méchancetés contre son mari. Ils lui disent qu'ils intercepteront ses lettres ou qu'ils brouilleront la vue de son mari quand il les lira. Elle comprend que maintenant on « émétise » son mari et ses enfants.

Le 25 octobre, elle écrit à son mari pour le prévenir que les ennemis lui disent qu'une femme entre chez lui, qu'ils vont le rendre fou et le forcer à entrer dans une maison de santé; que cette femme imite tellement bien son écriture qu'elle lui écrit en son nom. Ils veulent amener le désordre dans le ménage et le déshonneur dans la famille. Elle lui recommande de se méfier de tout le monde et surtout du gérant du 24, ça pourrait bien être lui qui dirige tout. Elle a bien vu, la dernière fois que son mari et son fils sont venus, qu'ils étaient émétisés, tout pâles et comme sourds. En ce moment, ce sont ses ennemis qui les empêchent de venir. « Si ça continuait comme ça, je serais obligée de prévenir la police » disait-elle hier.

Elle voudrait bien sortir pour empêcher tout cela, elle irait chez les voisins du dessus et du dessous avec le commissaire et les ferait arrêter. Pour elle, ce sont des gens payés par quelqu'un, le concierge doit être complice. Ils cherchent à l'éloigner pour enlever son mari, après cela on entraînera les enfants, Il faut qu'elle sorte pour y mettre ordre.

Mlle Lef..., dont l'observation suit, est entrée 2 fois à

Sainte-Anne ; le début du délire remonte à 4 ans : jusqu'à 44 ans, aucun phénomène morbide ne s'était montré, qui put indiquer une prédisposée. Les interprétations délirantes sont rapidement systématisées, grâce à un incident antérieur (amoureux éconduit) ; les hallucinations de l'ouïe se montrent très nombreuses ; ce sont d'abord des mots injurieux, puis des phrases entières ; enfin elle entend un véritable dialogue. Elle était depuis un certain temps entrée dans la phase des réactions violentes : elle s'était armée d'une hachette, d'un tire-point et pouvait, d'un instant à l'autre, devenir très dangereuse. Signalons ses déménagements, ses plaintes nombreuses au commissaire, ses lettres au Préfet de police toutes manifestations qui sont communes chez ces malades. Faisons remarquer l'amélioration passagère qui a suivi son premier séjour à l'asile.

Obs. VI. — *Systématisation rapide. Période d'incubation : hallucinations de l'ouïe. — Déménagements, voyages pour fuir ses ennemis. Lettres et plaintes pour se défendre. Hachette et tire-point pour attaquer.*

Mlle Lef..., âgée de 48 ans, est née d'un père intelligent et sobre, un peu prompt ; il est mort à 60 ans d'une pneumonie. Sa mère, devenue alcoolique au moment de la ménopause, est morte à 60 ans. Ils étaient deux enfants : son frère, plus âgé qu'elle de 12 ans, est mort tuberculeux à 32 ans.

Mlle Lef..., élevée très étroitement par son père et sa mère, ne prenait part à aucune fête, aucune distraction, ne sortait jamais ; la famille vivait retirée, ne frayant avec presque personne. De bonne heure elle dut s'occuper du ménage, sa mère, par son intempérance, devenant incapable de pourvoir aux soins de la maison. Restée seule à 28 ans, elle continue à se bien conduire et à travailler chez ses patrons. L'année suivante, un M. R..., qui sera plus tard un de ses persécuteurs, vient s'installer dans la même maison, et, à ce qu'il paraît, cherche à lui faire la cour : mais ses avances n'obtenant aucun succès, il cesse ses assiduités et tout rentre dans l'ordre. En 1876, Mlle Lef..., âgée de 37 ans, ne va plus à l'atelier et s'établit à son compte. Fidèle à ses habitudes et à ses goûts, elle reste dans sa

chambre, tranquille, sortant très peu; elle ne connaît pas une seule distraction parisienne.

En 1883, M. R... devient veuf, et chaque fois qu'il la rencontre dans l'escalier fait le galant. Elle répond froidement à ses avances, et même une fois se fâche si fort qu'il ne lui parle plus. Quelque temps après, une ouvrière de M. R..., Mme D... (qui avait la réputation de flirter avec M. R...), vient chez elle et lui dit que M. R... parle souvent d'elle si élogieusement qu'elle pense bien qu'il voudrait l'épouser. La malade suppose que Mme D... raconte tout cela pour la sonder et répond par un refus. C'est à ce moment que commence la vengeance de M. R... Jusque là elle était heureuse, bien portante, ayant tout ce qu'il lui fallait, « du travail par-dessus la tête. » Il s'était allié dans ce but au concierge de la maison. En montant l'escalier, elle les entendait bavarder sur son compte et disant qu'elle avait été la maîtresse de son patron, et des ouvriers qui travaillaient chez elle, etc. Son neveu et sa nièce étant venus la voir vers cette époque, on fit courir le bruit qu'ils étaient ses enfants, les bâtards de son patron. En peu de temps, le concierge répandit ces calomnies, et chaque fois qu'elle passait dans les rues du quartier elle entendait dire : « Voilà Mlle L..., qui aurait cru qu'elle a des enfants! » Elle s'en plaint à des commissaires de police; alors ses ennemis, prévenus de ses démarches et ne voulant pas paraître la poursuivre eux-mêmes, se sont servis, dit-elle, d'individus soldés par eux, qui répètent partout « qu'elle a fait le boulevard, qu'elle a été la maîtresse de tous les hommes qui l'ont approchée. Ils se réunissent le soir devant sa porte et elle les entend bien, mais quand elle descend ils se taisent et elle ne peut jamais les surprendre. » Elle déménage quatre fois en moins d'un an, c'est partout la même chose. Dans un de ses logis, chez un marchand de vins, elle entendait les clients parler d'elle en termes méprisants, et parfois le débitant prenait sa défense disant : « Laissez-la donc tranquille, cette pauvre femme. »

Elle part dans sa famille, à Besançon ; un de ces misérables, ami du concierge, l'y poursuit et répand les mêmes bruits. Elle revient à Paris, le scandale recommence de plus belle, on l'appelle « pourriture à Ricord. » On dit qu'elle a été la maîtresse de son père, de son frère. Cette fois elle se fâche et va se plaindre au commissaire, lui disant qu'elle veut absolument qu'on respecte son père et son frère, et que s'il ne lui fait pas justice elle descendra un jour avec sa hachette fendre la tête aux calomniateurs. Elle lui montre un énorme tire-point dont elle est toujours armée, pour ne pas tomber entre les mains des agents des mœurs qui la suivent sans cesse et

veulent la prendre en défaut. Elle menace de s'empoisonner avec du cyanure de potassium. Envoyée à Sainte-Anne, elle est transférée à Vaucluse où la suivent bientôt tous les bruits qui circulaient sur son compte à Paris. Le concierge qu'elle y rencontre bavarde toute la journée, et bientôt elle est la fable de l'asile. On dit « que c'est pour elle une grâce toute spéciale d'être enfermée à Vaucluse en punition de ses fautes, au lieu d'être à Saint-Lazare, » et bien d'autres propos encore. Des voyous, envoyés par le concierge, se cachent dans les arbres de la route qui longe l'asile et l'insultent à haute voix. « Tiens, voilà la sale femme, etc. »

Peu de temps après, elle sort de Vaucluse et part pour l'Algérie soigner son ancien patron. Dans une longue lettre à une de ses amies, elle dépeint toute l'horreur de la maladie de M. L..., les fatigues qui en résultent pour elle, mais tous ces ennuis ne sont rien en comparaison de ceux que lui font subir ses persécuteurs. Pendant trois mois elle a été tranquille, mais à ce moment, le concierge et ses complices ayant découvert sa nouvelle résidence, le scandale recommence, il conte ses calomnies dans tout le village et donne de l'argent aux arabes pour l'insulter de loin. Ceux-ci crient qu'elle est une femme de mauvaise vie et s'acharnent tellement après elle qu'elle ne peut plus sortir. Le programme est de la faire conduire à Alger et de la faire enfermer comme cause de scandale. Bien souvent elle entend des discussions sur son compte: son maître la défend contre le valet de chambre qui la calomnie aussi. Vers la fin de 1886, M. L... meurt. Elle rentre à Paris, puis va à Lille chercher une place. Un de ces misérables la suit dans le train et l'insulte tout le long du chemin : « Tiens, voilà la sale femme qui passe. » A Lille, il la devance partout où elle va chercher un emploi et raconte toutes ces horreurs. Elle ne peut plus dormir à cause du vacarme qu'ils font sous ses fenêtres ; absolument désolée, elle revient à Paris à pied avec quelques sous en poche. Ses amies l'assurent qu'elle se trompe, qu'elle est malade... Elle se décide alors à entrer d'elle-même à Sainte-Anne.

A peine quelques jours se passent-ils que déjà tout le monde parle d'elle dans le service, on l'insulte, on sait tout ce qu'on a dit d'elle jusqu'ici et on le répète ; la moindre parole du médecin est interprétée dans le mauvais sens. Très vite elle est malheureuse : toute la journée elle se tient isolée de ses compagnes, assise dans le couloir, l'air inquiet, se dérangeant au moindre bruit, et travaillant le plus possible pour ne pas entendre ses voix. Quant la surveillante est là, on ne dit rien. Le médecin, dit-elle, endort une malade pour savoir la vérité sur son compte ; différentes malades

endorment une de leurs compagnes qui dit d'elle : « Elle est vouée au mépris public. » Elle ne peut plus y résister, dit-elle en larmes, il faut lui rendre la liberté ou l'envoyer à Saint-Lazare, là au moins elle saura ce dont on l'accuse et pourra se défendre.

31 *octobre*. Elle a entendu dire dans la salle : « Elle est signalée à la police pour ses fautes dont l'histoire a paru dans les journaux, partout où elle ira ce sera la même chose. » Elle comprend maintenant pourquoi elle est poursuivie partout. Quand elle est allée à Lille on avait son signalement dans toutes les gares. A son retour elle a remarqué que chaque fois qu'elle entrait dans un village un cabriolet la suivait. Elle est placée ici pour que les médecins tirent son affaire au clair et sachent vraiment ce qu'elle a fait. La Commission de surveillance étant venue visiter le service, elle a bien vu que ces Messieurs la remarquaient spécialement. Une voix, qu'elle a reconnu être celle du médecin, disait : « Voilà une sale femme qui m'est spécialement recommandée. »

9 *novembre*. Elle a pleuré toute la nuit. Ce matin à la visite ses récrimniations sont presque violentes. Elle veut sortir, quelqu'un l'a réclamée, elle ne comprend pas qu'on la considère comme une folle. Voici un passage d'une lettre adressée au préfet de police, qui donne une idée nette de son délire et de sa lucidité : « En quelques mots je vais vous mettre au courant de ma situation ; depuis 1861 j'habite Paris j'y ai toujours vécu heureuse et estimée de tout le monde, vivant de mon travail et gagnant largement ma vie. Lorsqu'il y a 2 ans 1/2 un ancien voisin, nommé R..., qui m'avait beaucoup recherchée quand j'étais jeune, et dont je m'étais, je le confesse, amplement moquée, après une dernière tentative de sa part, se voyant de nouveau rebuté, s'est vengé de moi de la façon la plus infâme ; il s'est joint le concierge de la maison, son digne émule en infamie. A eux deux, ils ont comploté leur vengeance et, pour ne pas avoir l'air de me poursuivre eux-mêmes, ils se sont servis d'individus soldés par eux, et que je ne connais ni de noms, ni de visages, d'immondes voyous qui ont répandu dans tous les quartiers où j'ai habité les propos les plus calomnieux et infamants sur ma réputation ; ausitôt que j'ai eu connaissance de ces propos je suis allé trouver M. B... et M. F..., commissaires de police, et l'officier de paix du 4e arrondissement. Ces Messieurs m'ont demandé si j'avais des témoins des insultes que j'entendais ; malheureusement pour moi je suis seule, sans parents, vivant très retirée et sans fréquentation. je n'ai donc pu présenter de témoins ; alors ces Messieurs m'ont dit qu'ils ne pouvaient rien faire pour moi. J'ai déménagé quatre fois en moins d'une année ; au mois de juin 1884 je suis partie pour Besançon, un de ces misérables

m'a poursuivie jusqu'à Besançon. Ne pouvant plus tenir à cause de ma famille, je suis revenue à Paris et suis allée demeurer rue des Amandiers où le scandale a encore recommencé de plus belle. Complètement désespérée, je suis allée chez M. G..., commissaire de police, qui m'a reçue plusieurs fois chez lui ; je lui ai expliqué ma situation par deux lettres, l'une de 8 pages, l'autre de 9. M. G... m'a beaucoup et très attentivement questionnée, puis il a fait un simulacre d'enquête sur cette affaire, et la trouvant sans doute trop embrouillée pour lui M. G... a trouvé plus expéditif, pour en terminer, de me faire enfermer dans une maison de santé comme atteinte du délire de la persécution. Pour un magistrat tel que M. G..., en qui j'avais toute confiance, je trouve le procédé peu délicat, je ne trouve pas cela honnête de se débarrasser du monde de cette façon-là. Je jure sur le salut de mon âme que je suis incapable d'aucune mauvaise action dont j'aie à rougir ; ma conscience est absolument nette, je n'ai rien à craindre. Si je ne me savais pas aussi sûre de moi, je n'aurais pas eu l'audace d'aller moi-même me mettre entre les mains de la police, sachant bien qu'elle ne plaisante pas avec des femmes de mœurs équivoques. Si j'avais quelque chose à me reprocher, puisqu'on m'accuse de folie j'accepterais avec joie cette accusation comme une circonstance atténuante aux fautes que j'aurais commises, et au lieu de m'efforcer de prouver que j'ai toute ma raison et mon bon sens, je feindrais l'idiotisme et l'imbécillité pour me faire excuser, et je me trouverais trop heureuse d'être ici ou à Vaucluse au lieu d'aller dans une maison de correction. Je le répète, je suis sincèrement sûre de ma conscience et de ma raison, je me déclare avoir toujours été et être toujours absolument responsable de tous mes actes et mes paroles. »

Le malade B..., qui est parvenu jusqu'à l'âge mûr sans trouble particulier, est encore un exemple des divers troubles sensoriels et sensitifs des délirants chroniques à la seconde période ; il est arrivé aussi, harcelé sans cesse par ses persécuteurs, à s'armer d'un revolver ; la nuit, il poursuit ses ennemis dans l'escalier, il poursuit une femme et cherche à la frapper. Le début de la maladie remonte à 1883 : ce sont d'abord des conversations, des rires qu'il surprend dans la rue et qu'il s'attribue, puis viennent les hallucinations de l'ouïe et plus tard l'écho de la pensée, il accuse les élèves d'un

cours voisin, puis un de ses débiteurs. Il a de nombreux troubles de la sensibilité générale. Il ressent une *électrique* qui l'empêche de dormir, il sent une espèce d'aiguille pénétrer dans la verge, on lui envoie des décharges électriques, on lui travaille la tête. Quelques jours de repos suivent son entrée à l'asile, mais les hallucinations ne tardent pas à reparaître.

Obs. VII. — *Période de persécution: troubles de la sensibilité générale; hallucinations de l'ouïe. Port d'un revolver.*

Le malade B..., 59 ans, est entré deux fois à l'asile: la première fois en avril 1888, la seconde en novembre 1888.

Antécédents héréditaires : Père mort à 52 ans, cardiaque, buveur. Mère morte hémiplégique à 54 ans. Un frère se porte bien. — Huit enfants, cinq sont morts, quatre en bas âge; l'une des filles est morte tuberculeuse à 32 ans. Les trois qui restent sont une fille nerveuse, émotive, strabique, et deux garçons intelligents et travailleurs.

Le malade n'a jamais été à l'école et ne sait pas lire : très robuste, très bon ouvrier, il avait toujours été laborieux, intelligent, s'occupant soigneusement des siens. Quelquefois il lui arrivait de boire un peu plus que de coutume et dans ces moments il devenait irritable et boudeur. Le début apparent du délire remonte à 5 ans, mais depuis quelques années il était irritable, jaloux, soupçonneux, préoccupé. Ses soupçons, intermittents d'abord, deviennent continus depuis 4 à 5 ans. On le regarde de travers dans la rue; quand il voit rire quelqu'un il prétend qu'on se moque de lui; lorsque deux personnes parlent entre elles on cause de lui. Ces idées aboutissent à un premier déménagement en 1885. Les voisins font du bruit: c'est pour l'ennuyer; son apprenti ne vient plus à l'heure et va raconter partout ce qu'il fait, il s'est mis avec tous ces gens-là. Près de son logement se trouvait un bal public: on y danse pour l'empêcher de dormir; il signe avec quelques locataires une pétition au Préfet de police pour empêcher ce bal. A partir de ce moment on lui fait des misères, il déménage en 1886. Dans son nouveau domicile il est tranquille pendant quelques jours, mais bientôt il entend des injures: « scélérat, canaille, voleur, » c'étaient des voix d'hommes et de femmes. Ils étaient quelquefois huit ou dix pour lui faire des misères. Il ne les a jamais vus et il ignorait le motif de leurs persécutions. Jusque-là il ne désignait personne. Au commencement de

1887 il croit que ce sont des élèves de l'école du commerce où il est professeur tailleur ; bientôt des femmes publiques payées se mettent de la partie.

En juillet 1887, il part en Belgique où il reste tranquille.

A son retour un nommé C..., à qui il avait prêté de l'argent, s'est mis à l'injurier avec les autres ; ils passaient les nuits dans la rue à lui dire des injures, ils prenaient la chambre d'un locataire du dessus et s'y réunissaient pour l'insulter, dire des méchancetés sur sa femme et sa fille. Ce C... lui en voulait parce qu'il lui avait réclamé 3,000 fr. qu'il lui avait prêtés. C'est alors que B... a commencé à ressentir une électricité qui l'empêchait de dormir, « avec leur machine ils l'empêchent de manger, d'aller à la selle, et ils se moquent de lui. Ils lui paralysent les membres, souvent c'est comme une espèce d'aiguille qui entre par la verge et pénètre dans le corps, ça le travaille, ça fait venir des érections et des pertes. » Il entend une sonnette dans les oreilles et il sent une excitation aux parties ; c'est probablement, dit-il, une chose qu'on tourne qui fait sonner. A peu près à la même époque ils ont commencé à dire tout ce qu'il faisait, tout ce qu'il pensait et à répéter toutes ses paroles. Ils disent qu'il doit mourir. Il n'osait pas aller se plaindre au commissaire parce qu'il parle mal le français.

Il n'osait plus sortir qu'avec son revolver, parce qu'ils étaient constamment à ses trousses, à l'injurier. Ils n'avaient pas l'air de le suivre, mais ils l'insultaient tout de même. Dans les jours qui suivirent sa première entrée à l'asile, ils le tourmentèrent encore ; il ressentait des piqûres dans la tête, dans la verge. Peu à peu il se calma et ses enfants ayant changé de domicile on le laissa sortir en juillet 1888. En octobre, il vint à l'asile voir quelques amis et d'un air attristé raconta que l'on avait recommencé à l'injurier et à le tourmenter, il aurait voulu quitter Paris pour échapper à ses ennemis. Il était moins adroit, moins vif, disent ses enfants. « On l'empêchait de travailler à certains moments, il ne pouvait plus faire aller sa machine, on brûlait son aiguille, il ne sait pas comment ils pouvaient faire. » Il les entendait marcher au-dessus de lui, citait encore quelques noms de ses anciens élèves. Ses insulteurs se tiennent la nuit en haut, dans la journée en bas et en haut, quelquefois ils parlent du mur voisin. Ils répètent toutes ses pensées, on le tient par ses paroles, et souvent il est forcé de répondre malgré lui. Ils lui envoyent des décharges électriques « c'est toujours le même genre », il ressent surtout des piqûres dans le haut de la tête, « ils lui travaillent le cerveau. » La nuit il laisse sa porte ouverte et les guette avec son revolver, il se relève parfois, allume la lampe et

cherche ses ennemis dans l'escalier; un soir il rencontra sa femme et la poursuivit voulant la frapper. Quand ses enfants essayaient de lui faire comprendre qu'il se trompait il devenait violent; deux furent obligés de quitter la maison. En octobre il invective son fils et lui dit qu'il l'a bien entendu parler dans la salle voisine, s'entendant avec eux pour lui faire du mal. Les voisins effrayés se plaignent et on l'arrête. « C'est toujours celui auquel j'ai reclamé de l'argent, dit-il, ils me l'ont bien dit, d'ailleurs, qu'ils me feraient manger plus que je n'ai réclamé. »

SIXIÈME LEÇON

Période ambitieuse. — Période de démence.

Sommaire. — Période ambitieuse (Foville, Magnan, Garnier). Son mécanisme : 1° par déduction logique ; 2° par hallucination ; 3° spontanément.

Observation VIII. — Période ambitieuse remontant à dix ans.

Observation IX et X. — Période ambitieuse consécutive à des hallucinations de l'ouïe. Dédoublement de la personnalité. Couleur du délire suivant le milieu social et l'éducation. Délire du moyen âge (possession démoniaque, théomanie). Délire moderne (électricité, hypnotisme, téléphone, microbes, roi, empereur). Coexistence possible de ces deux aspects du délire chronique.

Observation XI. — Combinaison du délire ancien et du délire moderne à la période de persécution et à la période ambitieuse.

Importance de l'évolution de la maladie ; avec la transformation du délire. La clinique repousse comme espèces pathologiques les monomanies basées sur les symptômes. Période de démence.

Observation XII. — Période ambitieuse consécutive à des hallucinations de l'ouïe. Marche vers la démence.

Observation XIII. — Tendance à la démence.

I. *Période ambitieuse.* A mesure que la maladie progresse et au bout d'un temps variable, suivant chaque individu, il se fait une transformation singulière du délire ; aux idées de persécution succèdent des idées de grandeur. Le persécuté, le paria, le poursuivi devient un homme puissant, illustre, le chef de l'Etat. Foville a bien indiqué cette transformation, je l'ai également signalée en 1877 (1), et M. Paul

(1) V. Magnan. — *Gazette médicale de Paris*, oct. nov. 1877.

Garnier a fait de ce sujet l'objet de son excellente thèse (1).

Ce passage des idées de persécution aux idées ambitieuses se fait, comme le dit Foville, tantôt : 1° par déduction logique, les persécutés se disent qu'ils doivent être de grands personnages, pour que, pendant de longues années, on se soit donné la peine de les tourmenter, de les torturer, pour qu'ils aient inspiré tant d'envie et de jalousie ; ils se découvrent alors une origine nouvelle ; les familles dont ils portent le nom ne sont plus que des familles d'adoption, en réalité, ils descendent de princes, de rois, de grands souverains. La transformation de leur personnalité est de plus en plus un fait accompli. 2° D'autres fois, c'est une hallucination qui fait naître d'emblée l'idée ambitieuse. 3° Le passage des idées de persécution aux idées ambitieuses peut se faire enfin spontanément, sans qu'on puisse saisir comme cause déterminante, soit le raisonnement, soit une hallucination. Du jour au lendemain, le persécuté est devenu ambitieux ; quelquefois, cependant, c'est un mot qu'il a entendu, un article de journal qu'il vient de lire, mais parfois rien n'explique l'apparition de l'idée ambitieuse. Du reste, Messieurs, on peut faire, à propos des idées ambitieuses dans la folie, cette remarque générale que les conceptions ambitieuses dans la folie, cette remarque générale que les conceptions ambitieuses ne se montrent guère que chez les individus dont l'intelligence est originellement tarée, comme chez les héréditaires dégénérés, ou bien chez les sujets dont l'intelligence baisse par les progrès de la maladie : telle est la paralysie générale, l'alcoolisme chronique, la folie intermittente dans laquelle les idées ambitieuses marquent les périodes ultimes, enfin le délire chronique à la troisième période.

(1) Paul Garnier. — *Des idées de grandeur dans le délire des persécutions.* Thèse, Paris 1877.

C'est donc en général un symptôme de mauvais augure et il est curieux de noter que ce délire des grandeurs s'empare de l'intelligence juste au moment où elle commence à perdre son intégrité. A mesure que le délire progresse et se systématise, il se circonscrit, le malade ne trouvant pas dans le langage courant des expressions qui puissent bien rendre ce qu'il éprouve, crée de toutes pièces des mots nouveaux et se fait ainsi un vocabulaire spécial composé de néologismes. L'idée délirante est alors émise toujours de la même manière et comme stéréotypée. Quelquefois, les malades adoptent certains gestes, certains mouvements répondant à des idées fixes et ils restent invariables.

Nous avons déjà examiné précédemment un malade qui est un exemple de l'évolution progressive du délire chronique. Après avoir passé par une période d'incubation très nette, puis par une période de persécution caractéristique, il se trouve actuellement en pleine période ambitieuse (V. obs. Cal.). L'observation suivante résumée nous montre une délirante chronique chez laquelle la maladie a débuté il y a vingt ans. Après avoir traversé la période d'incubation et la période de persécution, elle est entrée depuis dix ans dans la troisième période; elle s'explique les poursuites dont elle a été l'objet : elle a un héritage de 30 millions, etc.

Obs. VIII. — Jeanne Lec..., âgée de 64 ans. — Sa mère est morte paralysée du côté droit. Il y a une vingtaine d'années qu'elle s'est aperçue qu'on était jalouse d'elle, on faisait des bavardages sur son compte. Mais c'est surtout depuis son arrivée à Paris, il y a 12 ans, qu'un curé, M. C.., avec des jésuites, ses hommes, des femmes et des enfants des deux sexes l'insultent dans la rue et partout. Dans ses prédications à l'église, il y a dix ans, ce curé faisait des allusions à sa personne et la poussait à se livrer à lui ; il donnait à entendre qu'elle était belle femme, bien conservée, et qu'il l'accueillerait volontiers chez lui. Elle proteste de la régularité de sa conduite, elle n'a jamais eu de relations, dit-elle, ni avec lui ni avec d'autres. Elle a connu plus tard les mobiles des poursuites de ce

curé. Il veut la déposséder, dit-elle, d'un héritage de 30 millions qui comprend un palais sur le canal de Venise. Il voulait aussi faire d'elle un grand personnage pour s'en servir à son profit. Il a commencé par empoisonner sa mère, puis ses cousins et ses cousines, et enfin, ne pouvant venir à bout d'elle, il l'a fait enfermer dans un asile. Il jouit du revenu des 30 millions et, non content de la dépouiller, il la fait surveiller et ne lui ménage pas les vexations. Il vient parfois l'insulter du côté d'une fenêtre, d'où il l'appelle en se moquant d'elle et en lui donnant toutes sortes d'épithètes malsonnantes. Du reste, ajoute-t-elle, la conduite de ce curé est scandaleuse, il entretient des relations avec les religieuses de Saint-Vincent de Paul. Quant à elle, elle ne cèdera pas, elle est dans son droit; du reste, cela ressort des déclarations publiques qu'il a faites dans ses sermons.

Dans les observations suivantes on n'a pu avoir de renseignements précis sur les antécédents héréditaires, mais la marche de la maladie est nettement indiquée. Faisons remarquer l'existence d'un dédoublement de la personnalité.

Obs. IX. — Valentine Lep..., 46 ans. — Quelque temps après la mort de son mari (1872), la malade devient triste, sombre, inquiète, vit à l'écart; c'est la première période. Peu après elle prétend qu'on lui en veut, qu'on l'injurie, et refuse de travailler pour certaines personnes qui lui veulent du mal, qui l'insultent dans la rue. « Voilà la bonne amie de M. A... Voilà la poupée du gros auvergnat. » Tous les francs-maçons, toute la diablerie, tout ça travaille; l'inquisition est toujours en elle. Plus tard, le nommé B... l'attaque et lui fait des misères. Le délire se systématise et la malade adopte un vocabulaire spécial. Elle se dit « accaparée à la magie. » Elle subit « la guerre des invisibles. » On a frappé sa pensée, on la force à parler. Des troubles de la sensibilité générale existent également. » Les Chambards lui retiennent le cœur et la travaillent en dedans pour la saligoter. Les rongeurs, les vampires la dévorent en dedans et la forcent à manger. On lui prend le sang, le concentré. » Enfin arrive la période ambitieuse : Depuis 3 ans et demi on lui a crié en dedans qu'elle est la petite-fille de Louis-Phillipe. Elle va épouser Sigismond d'Apremin. Notons, en outre, un dédoublement de la personnalité : L'impératrice Eugénie s'est introduite dans son corps, vit à sa mode, ce qui empêcherait le mariage de Sigismond. L'impératrice est à la tête de l'armée des invisibles. Elle

garde une attitude altière, refuse de donner la main ; chez elle, elle restait enfermée, ne voulait plus sortir.

OBS. X. — Mme Ve Cor.., 43 ans, passementière. — Est enfant naturelle ; pas d'antécédents héréditaires connus. Depuis 6 ans elle est triste, préoccupée, elle prétendait qu'on lui en voulait dans les rues, n'osait pas sortir. On lui disait des obscénités « Montre ton c... » Plus tard apparaissent des troubles de la sensibilité générale ; le délire devient plus systématisé : on lui introduit dans le corps des machines longues comme des boyaux, des fils de fer ; une tête empoisonnée a pénétré dans sa tête, un corps de femme s'est introduit dans son propre corps, elle durcit, se gonfle, fait des bosses quelquefois. Elle s'est donné des coups de marteau sur le ventre pour crever cette malencontreuse visiteuse. Parfois, elle prétendait que la personne qui s'introduisait dans son corps se substituait à elle, et avait à sa place des relations avec son mari. Elle restait habituellement inerte, indifférente, et lorsqu'exceptionnellement des relations étaient normales, elle disait : « Aujourd'hui c'est avec moi, je vois bien que cette femme n'est pas dans mon corps. » Quelquefois les relations avec son mari sont très douloureuses ; parfois, enfin, elle a des rapprochements sexuels avec un individu qu'elle sent, mais qu'elle ne voit pas ; elle reste assise sur sa chaise et éprouve les mêmes sensations voluptueuses. Elle sent pénétrer des insectes sous sa peau ; on lui suce les gencives. Elle sentait quelquefois de mauvaises odeurs, de mauvaises saveurs. Plus tard, elle a manifesté des idées ambitieuses ; elle prétendait qu'elle appartenait à une grande famille, qu'elle n'avait plus besoin de travailler ; plus tard encore, elle ajoutait que c'étaient des voix qui lui annonçaient tout cela, qu'on lui avait dit qu'elle avait gagné le gros lot. Il lui arrivait d'interpeller les passants, de vouloir déménager, parfois elle parlait de se tuer pour en finir.

Nous connaissons maintenant les caractères généraux et l'évolution du délire chronique, mais les aspects sous lesquels se présente le malade varient avec sa religion, ses croyances, son instruction, le milieu social dont il fait partie, ses préoccupations habituelles. Il emprunte à ses divers éléments pour édifier son délire et lui donner une marque spéciale. Nous voyons ainsi : d'un côté le délire du moyen âge, avec ses croyances superstitieuses, de l'autre le délire moderne utilisant les progrès des sciences et de l'indus-

trie, et en rapport avec les luttes politiques et l'organisation sociale nouvelle. C'est ce que nous montre le tableau déjà présenté à la page 182.

A la fin du moyen âge et à la Renaissance on parlait de sorcellerie, d'esprit malin, d'obsession et de possession diaboliques ; le délire n'était que le reflet de ces croyances, de ces préjugés que l'ignorance rendait encore plus profonds. A la fin du dix-huitième siècle, le mesmérisme et le fluide magnétique, plus tard, le spiritisme avec les esprits frappeurs, les tables tournantes, servaient aux persécutés d'explication à leurs sensations maladives. De nos jours les luttes politiques, les grandes forces naturelles, les applications nombreuses des agents physiques et chimiques, le magnétisme, l'hypnotisme, la suggestion, les microbes, les grandes sociétés politiques ont remplacé le merveilleux, attirent l'attention et deviennent le point de départ des idées délirantes. Les démonopathes, les lycanthropes, ne sont autres que des persécutés. Mais tandis que les diables. les sorciers, les esprits malins tourmentent les premiers, les persécutés de nos jours sont tourmentés par les jésuites, les francs-maçons, la police secrète, ou bien encore par l'électricité, le téléphone, les microbes, etc. Les premiers deviennent Dieu, l'Antéchrist, Jeanne d'Arc, prophètes, les autres deviennent Empereurs, Rois, Présidents de la République, Réformateurs, etc. Différents malades nous ont donné des exemples de cette double influence de leur éducation dans deux milieux différents. L'association des préjugés, des superstitions des siècles passés avec les découvertes scientifiques du monde moderne produit chez eux un délire mixte. De ce que j'ai placé dans le même cadre les démonopathes, les possédés, les ensorcelés, etc., et les électrisés, empoisonnés, mouchardés, etc., il ne s'ensuit pas que je comprenne, comme semble le croire M. Ritti, tous les mystiques ni tous les persécutés dans ce groupe. Il faut nécessairement

faire un choix ; les démonopathes, les damnés du délire chronique ont eu, comme les persécutés, une période d'incubation et, comme eux, ils auront une évolution ultérieure qui les conduira aux idées de grandeur (Démonolâtrie, théomanie pour les premiers, mégalomanie pour les seconds) et à l'incurabilité. Si bien que ces malades, quelle que soit la couleur du délire, restent au fond les mêmes.

Pour bien comprendre que ces variétés du délire ne sont que des phénomènes accessoires, le fait capital consistant uniquement dans la transformation d'un délire pénible en un délire ambitieux, il suffit de se rappeler quelques observations dans lesquelles les malades présentent parallèlement les deux ordres d'idées délirantes. Je rappellerai d'abord une femme âgée de 40 ans, chez laquelle l'influence de l'éducation dans deux milieux différents s'est fait sentir d'une manière remarquable.

Obs. XI. — Madame H. fe. L., couturière, âgée de 43 ans, est née d'un père qui, dans un accès passager de mélancolie, avait fait une tentative de suicide et d'une mère frappée d'hémiplégie vers la fin de sa vie. Un de ses frères est mort à huit ans d'une affection aiguë du poumon. Elle a eu deux filles bien portantes. Elevée au village, elle est allée dans son enfance à l'école où elle se montrait docile, laborieuse et apprenait facilement : de très bonne heure elle s'occupe des soins du ménage et elle apprend en même temps la couture. Pendant les veillées d'hiver, on se réunissait pour coudre ou filer dans une grande cuisine et des histoires de revenants ou de sorciers défrayaient habituellement la conversation, Elle se marie en novembre 1865, elle avait vingt ans ; elle vient peu de temps après habiter Paris et elle a deux enfants dans les premières années du mariage ; les deux grossesses et les accouchements n'ont été traversés par aucun accident. Du reste, rien de particulier n'est à signaler jusqu'en 1878. A ce moment, elle devient, par intervalles, triste, inquiète, irritable, elle s'isole, mange mal. Puis elle reprend son travail et s'occupe régulièrement de sa couture et de son intérieur, mais cependant elle est moins gaie, elle paraît préoccupée, elle est soupçonneuse et montre une froideur inusitée pour les personnes

qu'elle connait et vis-à-vis desquelles elle avait jusque-là été très bienveillante. Peu à peu à cette mauvaise humeur, à ces difficultés du caractère s'ajoutent des phénomènes qui donnent à l'entourage l'explication de tous ces changements. Elle prétend que, dans la rue, des gens qu'elle ne connaît pas, dit-elle, lui disent des injures, lui reprochent toutes sortes de défauts; on l'insulte même chez elle, mais on se cache aussitôt, car elle n'aperçoit personne en regardant par la fenêtre ou sur le palier de l'escalier. Elle s'irrite lorsque son mari, cherchant à la calmer, lui affirme que tout cela est imaginaire. Elle reprend : « Mais tu n'entends donc pas? on dit que je me conduis mal, on m'appelle Vénus, Ève; on me traîne dans la boue. » Les jésuites lui en veulent, on l'a vouée au diable, on lui fait des tours de sorcellerie. Elle raconte qu'ayant déposé dans l'armoire une image de piétié qu'on avait donnée à sa fille, elle l'a entendue pousser un cri plaintif comme un animal; puis cette image a frappée de petits coups, mais ces coups retentissant sur son cœur et agissant sur sa fille qui s'est mise à tousser, elle saisit l'image, la déchire et la jette par la fenêtre; aussitôt le gaz s'éteint dans la rue; des sifflets répétés du chemin de fer se font entendre; elle redoute une catastrophe, elle croit que toutes les lumières des gares sont éteintes, que des trains vont se heurter et qu'elle sera cause de grands malheurs. Elle frotte des allumettes qui ne prennent pas feu, elle se recommande au Saint-Esprit, l'étincelle jaillit, l'allumette s'enflamme et les sifflets d'alarme s'arrêtent.

Peu après, empruntant au milieu parisien où elle vit depuis plusieurs années les idées de progrès que réveillent les inventions modernes, elle attribue au téléphone les injures qu'elle entend; on répète ainsi par téléphone tout ce qu'elle pense, idée par idée; on l'électrise. On lui envoie des odeurs de soufre et de brûlé. Sous l'influence de ces idées délirantes, elle refuse souvent de sortir, elle quitte son travail. Elle se lève parfois la nuit et jette par la fenêtre de l'eau sur ses ennemis imaginaires. Un jour, exaspérée par les insultes, elle se précipite dans l'escalier avec un manche à balai et frappe sur le dos du propriétaire, sur des locataires et sur le concierge qui accouraient. D'autres fois, armée d'un couperet, elle va menacer ses voisins. Plus tard, dans le courant de 1883, apparaissent des idées ambitieuses et celles-ci sont encore le reflet des deux milieux dans lesquels a vécu Mme H. Elle raconte, d'une part, qu'on la martyrise parce qu'elle est puissante par la grâce de Dieu; Dieu l'a faite impératrice de la Sainte-Croix; il fait des miracles pour elle, tous les obstacles disparaissent, elle débloque tout sur son passage. D'autre part, elle prétend qu'elle devrait être maîtresse sur

les affaires d'Etat, qu'on lui vole ses pensées pour diriger la France, que M. Grévy occupe sa place, qu'elle doit être Présidente de la République.

Cette observation met bien en présence, on le voit, le délire ancien et le délire moderne; les préjugés, les superstitions et la sorcellerie, d'un côté et les progrès scientifiques de l'autre ; les préoccupations religieuses et les préoccupations politiques. Ces diverses couleurs délirantes ont par elles-mêmes peu d'importance, ce qui doit surtout attirer l'attention du clinicien, c'est l'évolution, la succession des caractères généraux du délire. Ainsi, cette aliénée d'abord démonopathe devient théomane, d'abord persécutée elle devient mégalomane, c'est cette marche progressive des idées tristes vers les idées ambitieuses qui fournit au pronostic son caractère de gravité ; devenue ambitieuse, la malade peut, en effet, être considérée comme incurable car elle s'acheminera plus ou moins lentement vers la démence.

Mme H... est actuellement à l'asile de Vaucluse dans le service de M. le docteur Brusque. Notre distingué collègue a bien voulu, le 18 janvier 1889, nous donner les renseignements suivants sur son état actuel : « Mme H., femme L., est toujours à Vaucluse ; c'est une délirante chronique à la troisième période. Mélange d'idées ambitieuses et de persécution ; hallucinations de l'ouïe, troubles de la sensibilité générale. Elle a été sacrée Reine par l'Eglise de Longpont ; on voudrait maintenant la faire abdiquer, on l'entoure de pièges, on la téléphone. Elle les entend dans les villages voisins, mais elle restera ce qu'elle est, puisque c'est l'Eglise qui lui a donné cette haute situation. Elle ne veut pas quitter l'asile car elle sent bien qu'elle serait *intriguée*. Elle est habituellement tranquille, travaille assidûment. »

On ne peut donc plus accepter comme espèces pathologiques distinctes les formes mentales décrites sous le nom de

démonopathie, délire religieux, théomanie, mégalomanie, etc. Avec ces formes purement symptomatiques tout est confusion et le pronostic reste incertain. L'important n'est pas de savoir si le sujet est théomane ou mégalomane, s'il est Dieu, Roi ou Président de la République, mais de savoir comment il est devenu, de bien établir la marche de la maladie, de savoir si le Dieu ou le Roi, avant d'arriver à cette suprême puissance, n'a pas eu à subir des vexations ou de nombreux tourments. Ce puissant, d'abord persécuté, se range dans le délire chronique, et pour le clinicien cela signifie incurabilité. Au contraire, le potentat devenu grand, sans épreuve préalable, se range dans le groupe des dégénérés et l'accès délirant est le plus souvent curable.

II. *Période de démence.* De cette période ambitieuse qui marque déjà un certain degré d'affaiblissement de la résistance cérébrale, les malades marchent graduellement vers la démence. Leur niveau mental baisse peu à peu, leur activité intellectuelle se borne à ressasser quelques conceptions délirantes stéréotypées. De temps à autre leur esprit se réveille sous l'influence d'hallucinations, d'images tonales qui continuent à s'échapper presque automatiquement du centre cortical. Ils se montrent indifférents à tout ce qui les entoure, on les voit adoptant parfois des attitudes spéciales, se tenant à l'écart, tantôt immobiles, d'autres fois parlant seuls à voix basse, faisant tout à coup certains gestes, toujours les mêmes, en rapport avc des conceptions délirantes qui ne changent pas non plus. Si vous les interrogez, ils ne répondent pas tout d'abord, puis, si l'on insiste, ils regardent comme étonnés et ne donnent souvent que des réponses incomplètes. C'est bien là une déchéance réelle de l'intelligence que nous désignons du nom de démence, ce terme s'adressant, d'une manière générale, aux états intellectuels en voie de déclin.

Le malade suivant, dont le délire remonte déjà à seize ans,

est entré depuis deux ans dans la période ambitieuse. Il a toujours été sobre, économe, rangé, rien d'anormal n'a été remarqué jusqu'à l'âge assez avancé auquel a débuté la maladie. La période prodromique, assez longue, n'a pu être déterminée. La phase de persécution est classique ; avec ses hallucinations de l'ouïe (injures, menaces, il entend une voix de fer) et ses expressions caractérisques : on persécute sa pensée, on sait tout ce qu'il pense, les idées ambitieuses sont consécutives à des hallucinations de l'ouïe. L'attitude est arrogante, hautaine. L'intelligence est un peu affaiblie par les progrès de la maladie et par l'âge (61 ans), et le malade n'est pas loin d'entrer dans la quatrième période.

Obs. XII. — Le malade S.., 61 ans, entre à l'asile le 2 février 1888. Il est défiant, réservé, ne raconte son histoire que par lambeaux,» il ne veut plus entendre parler des sottises d'autrefois, ce sont des cancans. » Il a généralement un air assez hautain et « tous ces interrogatoires deviennent vexants ; dit-il. » Il en résulte une histoire assez écourtée du début de sa maladie.

Antécédents héréditaires : le père du malade aurait été original toute sa vie. La mère est morte en couches. Un oncle aurait été fou. Il a eu lui-même trois enfants dont deux sont morts en bas âge. Toujours il a été sobre et économe. Depuis 16 ans, il entend des cloches, des voix, des somnambules ; les cloches seraient un avertissement, les voix lui disaient des insultes et des menaces. La somnambule serait une dame R..., locataire de la maison où il demeurait et dont il a parlé dès le début de sa maladie. Il entendait également des voix partant des logements contigus; les voisins riaient, c'étaient des plaisanteries, il n'y attachait pas d'importance, dit-il aujourd'hui. Il entendait surtout la voix de Mme Fer, comme il l'appelle, une voix qui donne le son du fer. Encore aujourd'hui, il l'entend, il prête l'oreille et demande si on ne l'entend pas, « un bruissement », dit-il. « En ce moment j'ai bien 6 kilos de fer elle me paralyse pour m'insulter, elle m'embarrasse la langue pour m'empêcher de m'expliquer. » Elle est dans l'asile, il a avec elle des « conversations mentales, comme à haute voix. » « Elle persécute sa pensée, » elle sait presque tout ce qu'il pense. Un jour on le trouve souriant, il était en correspondance avec Mme Fer. Il a eu des craintes d'empoisonnement, trouvait un mauvais goût à ses ali-

ments, il s'imaginait que les voix ordonnaient à sa fille de l'empoisonner. Il sentait souvent de mauvaises odeurs « le fer repousse, ça sent mauvais. » Il a eu souvent l'idée de déposer des plaintes chez le commissaire ; mais il ne l'a jamais fait. Depuis deux ans apparaissent des idées ambitieuses ; elles vinrent à la suite d'hallucinations, des voix lui disaient qu'il était le propriétaire de l'établissement de son patron. Aujourd'hui il est le prince Joseph de Sandreuse, il est la conséquence logique du prince de Sandreuse ; « ils disposent de mon titre depuis ma naissance et je n'ai jamais rien touché. » La mère de Napoléon était sa grand'mère : « Je suis l'enfant de Napoléon, on me l'a crié assez, » dit-il. Napoléon prince de Conti, était le dernier des Bourbons ; il est, lui, premier des Sandreuse. Il est en France le soldat de l'Europe, il y en a un dans chaque nation. Depuis 1854 il règne par le titre « le titre de l'Europe ». Il devrait régner effectivement sans les embarras créés à la France depuis 1870. Il est proclamé empereur diplomatiquement depuis 1880. Il exprime ce titre plus haut que tout autre en disant que c'est « l'honoribilis ». Il n'y a jamais eu de République en France, il y a un gouvernement transitoire en attendant la rentrée du Prince. Il ne comprend pas que les médecins doutent de ce qu'il dit, qu'ils restent toujours dans « la négation. » « C'est l'enfant de Napoléon que vous avez devant vous, » nous dit-il un jour d'un air arrogant, « je crois qu'il y a eu assez de proclamations. » Il croit que le médecin est passé plusieurs fois devant accompagné de M. Grévy. On l'a conduit ici « pour la propriété de l'asile » ; les employés, tout le monde, le crient. Il est propriétaire de l'asile par héritage direct d'Henri IV. On lui disait aussi qu'il avait une rente à la Salpêtrière.

Madame « Fer » est une vierge, sa fille Jeannette est en ce moment à l'asile, elle est l'intermédiaire de la Vierge. A son arrivée, il disait à sa fille : « Tu as la couronne, on va te donner la couronne. »

Obs. XIII. — V..., Julie, âgée de 71 ans. Antécédents peu connus, la mère, originale, extravagante, s'est mariée deux fois et s'est séparée de ses deux maris. Chez cette malade qui a été admise 15 fois à la Salpêtrière, le début de la maladie remonte à 1840 ; V... Julie avait alors 27 ans. Elle paraît avoir eu, à la fin du règne de Charles X, des relations avec un personnage influent de la Cour. Elle s'est ainsi trouvée indirectement mêlée aux événements de 1830 et les préoccupations qui en ont été les conséquences ont déteint plus tard sur ses conceptions délirantes. Peu d'années après

l'avènement de Louis-Philippe elle a commencé à s'apercevoir qu'elle était l'objet de poursuites de la part de la *Police* ; les mauvaises langues, dit-elle, marchaient sur son compte; on faisait courir de faux bruits sur sa conduite. Vers cette même époque, elle allait au Louvre copier des tableaux ; *on* lui faisait des misères, *on* lui crevait ses toiles, *on* lui volait ses couleurs, *on* la discréditait, *on* l'empêchait de travailler. Le gouvernement avait voulu s'emparer de papiers importants qu'elle possédait; elle les a brûlés, parce qu'elle entendait répéter tout ce qu'elle disait et qu'on eût pu découvrir sa cachette. La police du gouvernement a acheté les agents de change pour lui faire perdre sa fortune, on l'a trompée, on lui a fait donner indûment des signatures. Des voix qui l'avaient d'abord injuriée lui avaient annoncé qu'elle était la petite-fille de Vidal, gouverneur de la Martinique, qu'elle appartenait à la famille de Champagny. Elle raconte avec complaisance des propos qu'elle entendait raconter dans le milieu où ses relations l'avaient placée. Charles X ayant dit à son cousin Egalité : « On dit que vous voulez être roi? » Louis-Philippe avait répondu : « J'aimerais mieux être pendu. » Pour moi, dit-elle, je n'ai jamais considéré Louis-Philippe comme roi. Les d'Orléans, ajoute-t-elle, sont puissants, il faut craindre la venue du Comte de Paris. Il n'y a qu'une alternative : « le droit divin ou le peuple souverain. » Elle a vu, dit-elle, l'Empire avec plaisir parce que c'était une punition contre les d'Orléans. A partir de 1856, elle commence à devenir agressive, elle fait des démarches, des réclamations pour entrer en possession de la fortune qu'on lui a fait perdre. Elle prétend que les mouchards viennent dans sa maison l'espionner et l'insulter, et elle menace de mettre le feu. Depuis 1870, elle veut faire de la propagande révolutionnaire, instruire les ouvriers, leur donner des conseils et les pousser à l'action quand le moment sera venu. Elle allait, dit-elle, quelquefois attendre les ouvriers à la sortie des usines pour propager ses idées. Elle a été arrêtée une fois dans ces circonstances. Depuis quelques années ses facultés baissent, elle commence à abandonner quelques idées ambitieuses; elle ne croit plus, dit-elle, à ce que ses voix lui annonçaient, qu'elle était la fille d'un gouverneur de la Guadeloupe; elle conserve néanmoins une haute opinion de l'influence qu'elle peut exercer sur les ouvriers, mais cependant ses idées ont perdu de leur ténacité et en un instant on peut les ébranler et même les faire disparaître.

Elle a de la sensiblerie, elle s'attendrit facilement et il est facile, un moment après, en insistant, de provoquer le rire. La mémoire commence à faiblir, les idées à devenir plus confuses. Il y a dans

l'affaiblissement intellectuel de cette malade une double cause; l'évolution, la marche naturelle du délire qui conduit à la démence et aussi l'athéromasie des vaisseaux qui commence à faire sentir son influenee. Elle a présenté dernièrement quelques préoccupations hypochondriaques ; elle prétend que son estomac ne digère plus, elle se plaint de douleurs d'entrailles et il lui semble qu'elle a des cailloux dans le ventre.

SEPTIÈME LEÇON

Diagnostic. — Les persécutés-persécuteurs.

Sommaire. — Leur parenté avec les fous moraux et les maniaques raisonnants. Manie raisonnante : Pinel, Marc, Trélat, Morel, Marcé, Falret, Campagne. C'est une exagération de la déséquilibration habituelle du dégénéré. Persécutés-persécuteurs. Lasègue en fait une variété du délire de persécution, Falret, Pottier. Ce sont des héréditaires dégénérés. Leur persévérance, leur ténacité aveugle, leurs modes divers de réaction.

Observation XIV. — Persécuteur menaçant ; affiches et cartes postales injurieuses. Plaintes nombreuses.

Observation XV. — Anomalies du caractère. Persécuteur processif. Hallucinations de l'ouïe passagères. Requêtes à toutes les autorités, à la Chambre des députés, aux magistrats, à la presse. Lettres injurieuses aux médecins.

Observation XVI. — Persécuteur processif. Caractère agressif. Affiches, plaintes. Trois internements.

Nous connaissons suffisamment le délire chronique pour passer en revue maintenant d'autres formes mentales qui en revêtent parfois les apparences, tout en étant de nature complètement différente. Occupons-nous d'abord des plus intéressants de ces malades, des *persécutés-persécuteurs.*

Ces malades sont des héréditaires dégénérés qui se présentent au clinicien sous un aspect nouveau, et avec une physionomie toute spéciale. Ils tiennent par certains côtés de la folie morale et souvent aussi, pendant des phases d'excitation, ils deviennent des maniaques raisonnants ; mais, néanmoins, ils présentent un ensemble de caractères très tranchés qui permettent d'en faire un groupe à part.

Je vais donc, avant d'étudier ces persécutés-persécuteurs, esquisser rapidement la *manie raisonnante*. La manie raisonnante, la folie morale sont des termes qui servent habituellement à désigner les mêmes états morbides. Quelques auteurs, M. Campagne en particulier, font de la manie raisonnante une espèce pathologique distincte ; d'autres, et notamment Legrand du Saulle, la considèrent comme un syndrome pouvant appartenir à plusieurs maladies ; d'autres enfin, avec M. Falret, ne regardent la folie raisonnante ni comme une espèce, ni comme une variété de maladie mentale, mais comme un complexus clinique dans lequel ont été confondus des états très différents que l'on doit séparer en plusieurs catégories distinctes. Vous le voyez, les avis sont différents, les opinions divergentes, la confusion est grande et vous vous ferez aisément une idée de la difficulté en vous reportant en arrière et en jetant un coup d'œil sur les différents travaux publiés sur ces états raisonnants.

De tout temps, les médecins ont remarqué que des sujets à intelligence lucide pouvaient commettre des actes de folie, et Müller, par exemple, décrit une mélancolie sans délire ; mais, jusqu'à Pinel, ces observations restèrent isolées. Pinel (1), le premier, a insisté sur ces faits et il a créé la *manie sans délire,* ce que l'on appelle, ajoute-t-il, dans plusieurs passages de son livre, la folie raisonnante.

C'est, en effet, le nom sous lequel les infirmiers, les surveillants désignaient les aliénés qui, tout en n'ayant pas de lacunes dans le raisonnement, se livraient néanmoins à des actes violents.

La manie sans délire de Pinel réunit des faits très disparates ; tout sujet à apparences normales, commettant des actes

(1) *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale* (1802-1809 2e édition).

extravagants, rentre dans ce groupe. Certaines observations de Pinel se rapprochent de la folie morale, telle est la suivante :

« Un fils unique élevé sous les yeux d'une mère faible et indulgente prend l'habitude de se livrer à tous ses caprices, à tous les mouvements d'un cœur fougueux et désordonné ; l'impétuosité de ses penchants augmente et se fortifie par le progrès de l'âge, et l'argent qu'on lui prodigue semble lever tout obstacle à ses volontés suprêmes. Veut-on lui résister, son humeur s'exaspère ; il attaque avec audace, cherche à régner par la force ; il vit continuellement dans les querelles et les rixes. Qu'un animal quelconque, un chien, un mouton, un cheval, lui donnent du dépit, il les met soudain à mort. Est-il de quelque assemblée ou de quelque fête, il s'emporte, donne et reçoit des coups, et sort ensanglanté ; d'un autre côté, plein de raison lorsqu'il est calme, et possesseur, dans l'âge adulte, d'un grand domaine, il le régit avec un sens droit, remplit les autres devoirs de la société et se fait connaître même par des actes de bienfaisance envers les infortunés. Des blessures, des procès, des amendes pécuniaires avaient été le seul fruit de son malheureux penchant aux rixes ; mais un fait notoire met un terme à ses actes de violence : il s'emporte un jour contre une femme qui lui dit des invectives, et il la précipite dans un puits. L'instruction du procès se poursuit devant les tribunaux, et, sur la déposition d'une foule de témoins qui rappellent ses écarts emportés, il est condamné à une réclusion dans l'hospice des aliénés de Bicêtre. »

Il est d'autres cas rapportés également dans le traité médico-philosophique, celui, par exemple, intitulé : « manie sans délire marquée par une fureur aveugle » qu'il est difficile de considérer comme une manie raisonnante. Enfin, le malade, qui, délivré comme victime de l'ancien régime par une troupe d'hommes armés, s'empare, au sortir de Bicêtre, du sabre de l'un deux et frappe ses libérateurs, ne semble guère être un raisonnant.

De violentes critiques se sont élevées contre cette manie sans délire, et Griesinger est allé jusqu'à dire qu'elle avait été créée pour le malheur de la science. Ce jugement est assurément trop sévère, et Pinel a rendu, au contraire, un grand

service en rangeant dans le cadre de la folie, c'est-à-dire parmi les irresponsables, un certain nombre de malades qu'on avait considérés jusqu'alors comme des individus vicieux et pervers et sur lesquels s'appesantissaient toutes les rigueurs de la justice.

C'est ce que pensait déjà Marc, lorsqu'après avoir rappelé les erreurs judiciaires dont étaient victimes ces aliénés raisonnants il rend un pompeux hommage à Pinel. (*De la folie considérée dans ses rapports avec les questions médico-judiciaires*, 1840).

Esquirol, classant ses monomanies d'après le trouble prédominant d'une faculté, arrive à faire entrer les manies sans délire de Pinel dans ses différents groupes de monomanie.

Marc décrit les faits indiqués par Pinel sous le nom de *monomanie impulsive* ou *instinctive*. Il admet, en outre, une *monomanie raisonnante*, synonyme, pour lui, de monomanie avec actes raisonnés et motivés par le délire. Chez les premiers, aucun raisonnement ne précède les actes dits instinctifs, automatiques ; chez les autres, l'acte est la conséquence d'une association d'idées. Par exemple, le monomaniaque qui attente à la vie de quelqu'un parce que, voulant mourir et n'ayant pas le courage de se donner la mort, il veut se faire condamner, est un fou qui n'agit pas par impulsion instinctive, mais qui raisonne l'acte qu'il commet. Il en est de même du monomaniaque auquel une hallucination fait entendre des propos insultants et qui, pour se venger, attaque la première personne qui se présente à sa vue. Ce sont là assurément des faits d'un ordre tout différent, et la monomanie raisonnante de Marc ne correspond pas du tout à ce que Pinel et Esquirol ont appelé folie raisonnante.

Pritchard la considère comme une folie à part, sous le nom de *folie morale* (*moral insanity*) ou de folie du caractère ; elle n'est ni la monomanie avec ses conceptions délirantes

déterminées, ni la mélancolie avec sa tristesse, ni la manie avec sa grande excitation et son incohérence, ni la démence, ni l'imbécillité avec ses facultés diminuées ou nulles. Scipion Pinel (1) comprend la manie raisonnante dans l'ordre des affections mentales caractérisées par la lésion des penchants et des instincts. Guislain décrit différents types de manie, et, entre autres, les formes tranquille, raisonnante, astucieuse, malicieuse, tracassière, qui peuvent se rattacher à la manie raisonnante. Pour Brierre de Boismont, c'est une folie d'action ou un *délire des actes* ; pour Billod, ces malades sont bien plus raisonneurs que raisonnants, et la maladie revêt bien plus le caractère de la lypémanie que celui de la manie. Trélat, en 1861, montre dans son traité sur la *folie lucide* une série de tableaux admirablement tracés d'aliénés qui ne paraissent pas fous parce qu'ils s'expriment avec lucidité, mais il évite tout essai de classification naturelle en les rangeant par groupes purement symptomatiques.

Morel ouvre une ère nouvelle en rattachant la folie raisonnante aux folies héréditaires et en faisant ressortir le lien étroit qui l'unit, dans la succession des générations, à l'imbécillité et à l'idiotisme, c'est-à-dire aux dégénérescences. C'est pour lui un délire des sentiments et des actes avec conservation des facultés intellectuelles. Marcé se fait une idée assez juste de ces états raisonnants et ne croit pas à une entité pathologique distincte ; tous ces faits se rangent pour lui en deux catégories. Ce sont des états congénitaux dont on retrouve des traces dès la première enfance et qui peuvent être légitimement rattachés à l'imbécillité ou à des états anormaux de l'intelligence consécutifs à des accès antérieurs de folie et se rapprochant de l'excitation maniaque.

Lors de la discussion qui eut lieu à ce sujet à la Société

(1) *Traité de pathologie cérébrale*, 1844.

médico-psychologique, M. Falret, après avoir rappelé combien était complexe l'état morbide désigné sous le nom de folie raisonnante, s'est efforcé de démontrer qu'elle n'est qu'un état symptomatique observé dans des formes ou dans des périodes de maladies très différentes, telles que : 1° La période d'exaltation maniaque qui précède le stade mélancolique de la folie à double forme ; 2° La première période de la paralysie générale ; 3° La folie hystérique ; 4° L'hypochondrie morale avec conscience ; 5° L'aliénation partielle avec prédominance de la crainte du contact des objets extérieurs.

M. Campagne, dans son traité sur la manie raisonnante, publie douze observations fort intéressantes, et regarde avec juste raison tous ses malades comme des héréditaires. Il s'efforce de séparer de cette maladie des états raisonnants qui en sont tout différents, mais il a le tort de considérer comme une entité pathologique une phase, une épisode de l'histoire morbide du malade.

Pour nous, ces maniaques raisonnants sont des héréditaires dégénérés chez lesquels nous constatons comme toujours le défaut d'équilibre psychique commun à tous ces malades. Lorsque chez ces déséquilibrés survient un certain degré d'exaltation des facultés intellectuelles ils s'excitent tout en restant lucides, ils montrent une activité très grande en pensées et en paroles, suractivité dont ils n'ont pas conscience. Toutes les facultés sont en effervescence, une foule de souvenirs depuis longtemps oubliés reviennent à l'esprit ; ils récitent des vers, des pages entières des classiques. L'association des idées se produit avec une rapidité extrême, mais la réflexion, l'attention font défaut, le jugement est faussé. Leur imagination très active forme de nombreux projets. Ils demandent des audiences auprès des personnages en vue, font des listes de souscription, et, grâce à leur activité, à leur merveilleux aplomb, arrivent parfois à convaincre

ceux qui les écoutent. La manie raisonnante est donc, en résumé, un état d'exaltation que présentent les facultés intellectuelles déséquilibrées des dégénérés, exaltation accompagnée d'inconscience; c'est un simple costume que prend le dégénéré, et non une maladie spéciale. Bien différente de la manie ordinaire, elle se distingue aussi du délire des dégénérés. C'est un trait d'union entre l'état mental ordinaire de ces derniers et leur état délirant. Ajoutons qu'ils commettent parfois des excès de boissons, qu'ils peuvent avoir de l'inégalité pupillaire et que la confusion est alors possible avec la paralysie générale à la première période.

Si, au contraire, c'est le défaut d'équilibre du moral qui s'accuse, si les perversions augmentent, deviennent inconscientes, on a la folie morale. Manie raisonnante et folie morale ne sont donc que des modifications de l'état mental spécial des dégénérés. Les persécutés-persécuteurs que nous allons maintenant étudier présentent de temps à autre des périodes d'exaltation maniaque qui souvent contribue au succès de leurs plaintes incessantes ; mais leur caractère spécial est une persévérance et une ténacité qui les distinguent nettement des maniaques raisonnants. Ces persécutés-persécuteurs avaient été entrevus par Lasègue qui, ainsi que nous l'avons déjà dit, les avait compris tout d'abord dans le délire de persécution ; mais plus tard, il avait remarqué parmi quelques-uns de ces persécutés un certain air de famille qui les distinguait des autres malades du groupe. C'est surtout à l'occasion du procès Teulat, l'amoureux de la princesse de B..,, que Lasègue fit ressortir quelques-uns des caractères des persécutés-persécuteurs, mais sans reconnaître toutefois les liens qui les unissent aux héréditaires, il en faisait simplement une variété du délire de persécution.

M. Taguet, dans un mémoire sur « *les aliénés persécuteurs* » (*Annales médico-psychologiques*, 1877), a cité plu-

sieurs observations de ce genre, mais sans s'arrêter à la nature de la maladie. Krafft-Ebing avait également fait allusion à quelques-uns de ces malades aliénés processifs (*Paranoia querulens*), mais c'est M. J. Falret, le premier, qui a fait observer, dans la discussion sur les aliénés raisonnants, que les persécuteurs appartenaient à ce groupe. Les idées de M. Falret sur ce sujet ont été exposées avec détail en 1886 dans la thèse d'un de ses élèves, M. Pottier (*Etude sur les aliénés persécuteurs*).

Nous avons eu nous-même l'occasion de revenir à plusieurs reprises sur cette catégorie de malades que nous rattachons, comme M. Falret, à la folie héréditaire, au groupe des raisonnants. Parmi ces malades vous connaissez Sandon, Teulat, l'abbé Paganel, l'abbé Cotton et Mariotti, devenus en quelque sorte historiques par les vives polémiques et les procès qu'ils ont provoqués. Nous avons vu ici Teulat, l'abbé Cotton et Mariotti ; ces deux derniers, par un procédé différent, avaient voulu attirer l'attention, l'un, par la bizarrerie de son costume, et, de fait, il avait assez bien réussi ; l'autre, par un coup de revolver, au moment du passage de la voiture de M. de Freycinet ; depuis, devenu plus actif, il a fait à Bicêtre, où il est placé, une tentative de meurtre sur son médecin, notre distingué collègue, le Dr Deny, enfin, mes deux persécuteurs actuels, très différents par l'éducation et l'instruction, mais identiques, coulés dans le même moule, par leurs idées délirantes. Placés à l'asile à la suite d'excitation, de scandale, d'actes notoirement déraisonnables, tous deux récriminent contre leur séquestration et réclament impérieusement la rétractation du jugement porté sur leur état mental. Tous deux m'accusent de complaisance criminelle. D..., l'employé de la ville, orgueilleux persécuteur, prétend que j'ai cédé à l'influence d'une puissance occulte ; j'ai voulu couvrir mon confrère de la Préfecture de police et aussi obéir aux injonctions du pou-

voir qui redoute son influence politique. L'autre, plus modeste, prétend que j'ai maintenu sa séquestration pour protéger les huissiers et les commissaires de police. Tous deux posent ce dilemme : ou bien les médecins sont des ignorants, puisqu'ils reconnaissent aliénés des hommes non seulement sains d'esprit mais fort intelligents, ou bien ils sont des criminels trafiquant honteusement de leur conscience. Tous deux s'adressent à des journalistes, et l'un, le déménageur, obtient un article un peu pâle : « *Une grave affaire* » ; l'autre, l'employé de la ville fournit de nombreuses notes pour une longue diatribe contre les Bastilles modernes, sous le titre : « *Un crime inouï* ; mais ce pamphlet soulève des discussions dans les journaux, et D..., qui ne veut pas passer pour fou, est l'objet, pendant huit jours, de longs commentaires sur ses paroles et ses actes délirants. Cette première escarmouche ne donnant pas les résultats qu'ils attendaient, ils poursuivent leurs attaques. L'un, le déménageur, va droit au but et, après avoir écrit des lettres un peu vives au Procureur de la République et au Préfet de police, il a recours au procédé diffamatoire et public de la carte postale et de l'affiche pour injurier grossièrement ou menacer le médecin.

Obs. XIV. — Edme M... a toujours été bizarre, extravagant : il a fait plusieurs métiers, marchand de vins, déménageurs, sergent de ville. A la suite d'une faillite, il s'est persuadé que les huissiers avaient dirigé contre lui une fausse procédure : depuis il veut obtenir justice, lit des livres de droit, porte des plaintes nombreuses aux pouvoirs publics, poursuit de ses menaces des huissiers, à qui il reproche d'avoir signé de faux actes. Enfin, il s'attaque aux magistrats, adresse des écrits insultants au commissaire de police et menace de se rendre justice lui-même. Ses excès alcooliques augmentent son excitation et il est interné en juin 1885.

Après sa sortie des asiles, il poursuit avec acharnement les médecins, écrit au Préfet de police pour lui dénoncer leur conduite : « Ils ont agi, dit-il, sous un certain ordre. » Au procureur de la République il écrit : « Prenez garde, M. le procureur, je ne suis pas

du tout disposé à me laisser séquestrer de nouveau, il va vous incomber une grave responsabilité. »

Dans son quartier, il affiche des placards contre le commissaire de police ; il va jusqu'à coller des affiches manuscrites sur les murs de Sainte-Anne. Il envoie à Legrand du Saulle et à nous-même une grande quantité de cartes postales, injurieuses et menaçantes. Certains mots sont écrits à l'encre rouge et soulignés trois fois

L'autre, l'employé, est plus méthodique ; il s'adresse aux tribunaux, mais, débouté de sa plainte, il vise plus haut et porte à la Chambre des députés une première pétition, à laquelle la Commission, après une enquête sommaire, ne donne aucune suite. D... ne se décourage pas et six semaines après il adresse une deuxième pétition à la Chambre avec *demande en réhabilitation*. La seconde pétition n'ayant pas plus de succès que la première, il tourne ses batteries de mon côté et je vous ai fait voir la singulière carte qu'il m'a envoyée dans une enveloppe tout aussi bizarre ; il y a peu de jours, c'est encore une lettre recommandée qui, sauf la forme, ne diffère guère, comme arguments, de celles que m'envoie le déménageur.

Obs. XV. — D..., âgé de trente ans, entre le 8 janvier 1885. Renseignements douteux sur les antécédents héréditaires. Sa mère aurait été folle. Caractère triste, soupçonneux. D'après ses amis, il a été bizarre, extravagant dès sa jeunesse. Fils d'un menuisier, il a d'abord été apprenti chez son père, puis employé dans une Compagnie d'assurances ; ensuite engagé volontaire pendant cinq ans, il a pu arriver au grade de sous-officier. Pendant son service militaire, il était fantasque, s'exaltant sans motifs ; on le considérait comme un fou. Il dormait peu, passait quelquefois une partie des nuits à écrire, parfois il se levait, parcourait la chambre, venait, sans rien dire, regarder dans les yeux ses camarades. Il fut condamné à quinze jours de cellule pour diverses extravagances. Il prétendait que ses chefs lui en voulaient, et, plusieurs fois, il a manifesté des craintes d'empoisonnement. Il a subi plusieurs punitions assez sérieuses ; une fois, entre autres, pour avoir poursuivi de ses obsessions une jeune fille dont le père vint se plaindre au colonel. Il fit une autre

fois un rapport contre un de ses officiers, qui lui valut quinze jours de prison. Cet acte donne déjà une idée de son vrai caractère ; très méticuleux, très pointilleux sur ce qu'il considère comme le devoir des autres, moins scrupuleux pour lui-même. Il dit cependant dans une pétition qu'il adresse plus tard à la Chambre : « je ne pourrais « jamais, fût-ce pour tout l'or du monde, jouer le rôle exécrable de « délateur, mais j'estime que les fonds de l'Etat étant chose sacrée, « tout citoyen à pour devoir de participer au contrôle de ces fonds « pour mesure d'intérêt public. » Cette citation montre déjà combien ce malade oublie facilement ses fautes et combien, au contraire, il est prêt à relever celles des autres, à se considérer comme un justicier dont le rôle social est considérable. C'est bien le type du redresseur de torts, si fréquent chez les persécutés-persécuteurs. De 1878 à 1882, il est employé au chemin de fer à Tours. Il quitte son emploi pour échapper aux sarcasmes et aux moqueries. Sa femme, prétend-il, se conduisait mal, et dans les promenades, des jeunes gens se moquaient de lui et faisaient allusion à ses malheurs de ménage. Il ne connaissait d'ailleurs pas ces individus, mais ceux-ci le regardaient, et il comprenait bien ce que cela voulait dire. A partir de ce moment, il mène une vie misérable. Chargé par commisération, par M. D..., du recouvrement des cotisations de deux Sociétés de secours mutuels, il soupçonne son bienfaiteur de vouloir lui nuire, parce qu'il s'est occupé de politique. Au lieu de porter lui-même les sommes qu'il a recouvrées, il les envoie par la poste employant une partie de son maigre salaire à recommander les lettres. Le trésorier l'engage plusieurs fois à venir directement chez lui, mais il n'en fait rien : c'était, dit-il, pour avoir en main les reçus authentiques de la poste. Néanmoins et contrairement à ce que pouvait faire prévoir tant de scrupules, il s'approprie des sommes qu'il devait déposer et il est poursuivi pour escroquerie. Par une contradiction étrange, mais dont ces malades sont coutumiers, lui, si pointilleux, si méticuleux pour les autres, il n'admet pas qu'il ait eu tort de s'approprier sans prévenir des sommes qu'il était chargé de recouvrer. Il prétend que les poursuites dont il est l'objet ne sont qu'un chantage, « ce sont des manœuvres de D... etc onsorts, probablement payés pour agir ainsi. »

Trois mois avant son admission à Sainte-Anne, il entre comme auxiliaire dans un des bureaux des travaux de la ville. Bientôt il devient triste, morose, taciturne, parle seul, s'enferme, bouleverse des dossiers, annote des feuilles contrairement aux usages, s'exalte et finalement menace ses collègues faisant le simulacre de leur couper le cou avec un couteau à papier. Le chef de bureau lui conseille

de se reposer quelques jours. Le lendemain, il revient de très bonne heure, demande à parler au chef, ferme les portes et ne veut laisser entrer personne avant qu'il ne l'ait vu. Il s'excite : bref, il cause un tel scandale que, pour éviter un accident, on l'invite à aller voir le chef qui l'attend, lui dit-on, à son restaurant et on l'accompagne à la Préfecture de police, où il est soumis à l'examen de Legrand du Saulle. A son arrivée à Sainte-Anne, il est sombre, méfiant et refuse de répondre ; il demande à sortir, sa place n'est pas ici. Dans une lettre adressée au directeur de Sainte-Anne, il s'exprime ainsi : « Si je fus amené par suite d'influences occultes, c'est à moi qu'il appartient d'en remonter à la source pour sauvegarder et mon existence et les intérêts des miens. » Dans ses lettres il parle à chaque instant des malades répugnants auprés desquels il se trouve et cependant il était placé parmi les malades tranquilles. Au bout de quelques jours il raconte qu'il avait à se plaindre de ses jeunes collègues qui, pendant qu'il travaillait, le narguaient et l'appelaient « officier prussien ». Transféré à Bicêtre, il passe ensuite à Mazas, « le parquet, dit-il, voulant sauvegarder la réputation des médecins, le déshonorer lui-même et étouffer sa voix. Les magistrats, ajoute-t-il, escamotèrent la discussion au tribunal. »

Mis en liberté, il entreprend une campagne ardente contre tous ceux dont il a eu à se plaindre ; il envoie lettres sur lettres au procureur de la République, au président de l'Académie de médecine, au ministre de la justice, aux journaux qui publient son histoire sous le titre de « Crime sans nom ».

Ce sont surtout les médecins des asiles où il a passé qu'il poursuit de sa haine. Il adresse une pétition à la Chambre des députés en nov. 1885. Le rapporteur de la Commission des pétitions ayant, « dans des conclusions hâtives, » dit D..., proposé de ne lui donner aucune suite, il adresse une deuxième requête en décembre avec ce titre : *demande en réparation d'un préjudice indûment causé.* C'est un véritable réquisitoire contre les médecins qui l'ont examiné et un panégyrique de son caractère, de son existence tout entière.

Cette pétition, très longue, fourmille d'inexactitudes, de contradictions. Avec des apparences de précision, de vérité, il indique exactement les dates, décrit les événements, mais il dénature les faits et les citations de prétendus interrogatoires. Néanmoins, ce document est intéressant, parce qu'il révèle ses préoccupations pénibles, ses soupçons, ses idées de persécution et aussi sa vanité, son orgueil, et qu'il fournit la mesure de la haute idée qu'il a de sa mission. Il passe d'ailleurs très légèrement sur les faits qui ne lui sont pas favorables. A chaque instant son orgueil se montre en des phrases

typiques : « Aucun peut-être ne porta plus haut que moi le point d'honneur. J'ai laissé des traces ineffaçables dans mon régiment ; la carrière des armes s'ouvrait assez brillamment devant moi. »

Il accuse le Parquet de complaisance pour les aliénistes et « puisque le procureur de la République, s'écrie-t-il n'a pas cru devoir réclamer, du haut de son siège, un châtiment pour les coupables, je viens, aujourd'hui, seul, inspiré par l'ardent amour que je porte au culte de la vérité et à la grande cause de la justice et du droit, réclamer etc. « Il considère les sept certificats médicaux comme sans valeur contre lui, mais « comme devant être considérés néanmoins, en cour de justice, comme pièces à conviction d'un crime, qui, après avoir reçu un commencement d'exécution, ne fut pas entière ment perpétré, par suite de circontances complétement indépendantes de la volonté de leurs auteurs. » Il discute la décision prise envers lui, tant au point de vue médical qu'au point de vue légal. Il « affirme hautement, avec la plus mâle énergie, qu'il a couru les plus grands dangers dans les asiles et qu'il aurait pu devenir fou. »

Chemin faisant, il fait le procès de la « monstrueuse » loi de 1838. « C'est une arme terrible, s'écrie-t-il, en parlant des certificats dont il a été l'objet, que certains hommes ont entre les mains, et dont ils seront toujours à même de se servir contre moi, au cas où ils jugeraient nécessaire une seconde séquestration. »

Cette pétition ayant eu le même sort que la première, le malade s'adresse à la *Société protectrice des citoyens contre les abus* ; il expose sa séquestration, dans une réunion à laquelle il nous convoque. Il demande l'assistance judiciaire « pour suivre, contre nous et le personnel du service, une action en justice », exige des dommages-intérêts. En même temps, il nous poursuit de réclamations incessantes, afin d'obtenir un certificat de sortie, nous accable de lettres chargées souvent injurieuses et qu'il signe :

D..., auteur du projet de la loi spécial 12,014, sur la mobilisation de l'armée. Voir le *Journal officiel*, n° 300 en date du 5 nov. 1886. — Paris, 2 germinal, an 96, ou encore : D..., attaché de ministère. Ses cartes de visite sont également singulières ; sur l'une, il fait suivre son nom de ce titre : « Citoyen de la République française » ; une autre porte sous son nom les lignes suivantes : « Publiciste, ancien président commandant d'armes au comité de résistance du Seize Mai, dans le département de Maine-et-Loire. Dans les angles de la carte, se trouvent les lettres suivantes : H. W. D. R. P. Il n'est pas d'autres autorités qu'il n'ait fatiguées de ses plaintes : députés, ministre de la justice, procureur de la République, grand chancelier de la légion d'honn ur, etc...

Un troisième malade est F..., persécuteur du maire et de l'adjoint d'une commune de Seine-et-Oise ; c'est un dégénéré qui n'a jamais pu s'occuper régulièrement, qui s'excite facilement sous l'influence d'excès alcooliques et qui a subi de nombreuses condamnations pour injures, menaces et coups. Enfermé une première fois dans un asile, en 1886, et trouvant que les injures ne sont pas suffisantes, il se décide à faire connaître toute son histoire par voie d'affiches manuscrites et vient placarder sur les murs de Paris un long factum contre le maire et contre les juges qui l'ont plusieurs fois condamné. Il se fait arrêter au moment où il collait son immense affiche à l'entrée du Corps législatif. Son affaire, dit-il, fera autant de bruit que celle de Wilson, il veut aller en justice et faire la preuve des faits qu'il avance. Il est interné une seconde fois en 1887, et une troisième en 1888. Vous l'avez vu très ferré sur le Code, ayant, dit-il, appris par cœur les articles qui se rattachent à son affaire, et il a été heureux de saisir l'occasion de réciter encore une fois la fameuse affiche, qu'il s'est donné la peine de copier déjà 150 fois. (Il ne met pas moins de trois heures à la transcrire).

Obs. XVI. — F... (Charles), 35 ans, entré le 7 novembre 1887. Fils d'un père ivrogne, il présente une conformation vicieuse du crâne et une légèreté blésité. Durant l'enfance, oreillons ; pas d'autres maladies. Bonne instruction primaire facilement acquise. Part pour le régiment en 1871, va en Cochinchine, revient sans galons après avoir été cassé du grade de caporal. A son retour (1876), travaille deux mois chez le successeur de son père et, ne voulant pas rester domestique là où il avait été maître, se fait cocher de fiacre jusqu'en 1880; il retourne alors près de sa mère infirme. Il travaille comme bûcheron ou terrassier. En 1879, se croyant frustré dans une succession, il fait écrire à des oncles des lettres de menaces à propos du règlement des biens de son père mort en 1872. Il frappe un de ses parents et il est condamné à 6 mois de prison. En 1881, un chef de gare aurait dit, le voyant traverser la voie devant un train : « Quel est donc ce sale voyou ? » A quoi il aurait répondu : « Tu es un cochon habillé en chef de gare. » Coups de canne de

celui-ci, riposte de F... qui lui casse un manche de balai sur le dos. Finalement, disgrâce du chef de gare (?) et 3 mois de prison pour F... Il se figure que le maire se complaît à faire courir le bruit que sa condamnation lui enlève ses droits électoraux, jusqu'en 1884; je se met alors à étudier le Code, et écrit au Procureur de la République qui lui fait aussitôt délivrer une carte électorale. A cette époque il ne connaît encore que fort peu le maire et son adjoint chez lequel il travaille de temps à autre. La femme de l'adjoint venait chez sa mère et calomniait, dit-il toutes les autres femmes; alors il lui conseille de jeter un coup d'œil sur sa vie passée et les mœurs présentes de sa fille. En 1885, au maire qui vient, dit-il, prendre sa voix, il répond par des invectives, persuadé que c'est lui qui, durant 4 ans, l'a privé de ses droits électoraux; il lui fait de l'opposition; il lui reproche d'avoir été commis-architecte chez H..., accusant celui-ci d'avoir tripoté, en faisant acheter des terrains par ses commis, etc. Il se figure ensuite que le maire, trop lâche, confie sa vengeance à l'adjoint; aussi, après des injures, est-il de nouveau arrêté en avril 1885, et, un mois après, envoyé à l'asile de Clermont(Oise) où on le garde 33 jours. Aux élections d'octobre 1885, la liste radicale ayant passé, il croit que le maire réactionnaire lui attribue ce succès et lui en veut. « Je devais payer cela, » aussi en janvier 1886 un juge B..., qu'il prétend être réactionnaire, le condamne de nouveau à 3 mois de prison, bien qu'ayant instruit son affaire, « sans preuve et sans témoin, » parce qu'il avait appelé c..., l'ignorante et crasseuse « brute qui lui servait d'adjoint. » Il est condamné de nouveau pour injures, en mars 1886, à 6 mois de prison. Aussitôt sorti, en octobre, il s'empresse d'afficher, partout où il le peut, les faits ci-dessus exposés. On lui dressa pour cela plusieurs contraventions « Jamais, dit-il, on n'osa me poursuivre. » Il continue à diffamer le maire, et devient violent quand il a « bu un coup de trop. » Ayant frappé et jeté à la porte le garde champêtre, « mouchard du maître, » il est de nouveau condamné à un mois de prison. Le maire ne l'insulterait pas, dit-il, mais lui ferait dire, de loin, des injures par son adjoint. Depuis octobre 1886 il s'empresse, chaque fois qu'il en trouve l'occasion, de coller des affiches conformes à celles qu'il a écrites ici. Il voudrait qu'on lançât son affaire, qui ferait, dit-il, autant de bruit que celle de Wilson.

Depuis sa sortie de prison, il aurait, dans sa commune, collé, en des lieux bien en vue, plus de 150 affiches. Il collait son affiche à la Chambre des Députés, il y a deux jours, quand un agent le prie de le suivre; le commissaire lui demandant des éclaircissements, il lui reconnaît le droit de le faire arrêter et de lui dresser contraven-

tion, mais c'est tout. Quand à ce qui concerne le contenu de l'affiche, il ne le discutera que devant le juge d'instruction. Il espère aller en justice, où il exposera ses griefs et en fera la preuve.

Le jour de son arrestation, il avait déjà collé 6 affiches : une au Crédit Foncier de France (dont le maire est membre du Conseil d'administration), deux à l'Hôtel de ville, deux au Palais de Justice, une à la Chambre des députés. Ces affiches ont le format grand couronne à 6 centimes la feuille.

Chaque fois qu'il en collait une, il achetait pour un sou de colle qu'il laissait au pied du mur, une fois même il en voulut barbouiller un agent. Il espère qu'en cas de constestations MM. Laguerre ou Vergoin le défendront.

Il réclame sans cesse contre son internement soi-disant arbitraire. Sa mémoire est excellente : il cite par cœur des articles du Code et récite ses affiches.

Le malade, sorti de Ville-Evrard en mai 1888, ne tarde pas à entrer à Ste-Anne pour la 3e fois. Il avait fait le pari de toucher la main de son prétendu persécuteur ; il se rend donc chez lui, lui touche la main, et M. R... se retire, dit-il, le laissant seul. Quelque temps après, il affiche un placard injurieux à la porte du Crédit Foncier, où se rend M. R... pour ses occupations. Assigné à la 11e chambre, il demande que l'on appelle M. R... comme témoin ; « il faut, dit-il, qu'il lui dise son affaire en public. » Il est arrêté, trouvé couché sur la voie publique et porteur d'un revolver. Actuellement, il est toujours convaincu qu'il est une victime, qu'il a subi une séquestration arbitraire ; il s'imagine qu'on lui a fait remettre, de la part du maire et comme indemnité, une somme de 5,800 fr. qui lui revenait en réalité de l'héritage paternel. Malgré l'affirmation de sa mère, il ne se laisse pas convaincre et persiste dans son interprétation erronée.

Voici quelques passages de son affiche :

« Le 20 juin 1880, je suis allé habiter V... Sitôt arrivé dans cette commune, je me fis inscrire à la mairie comme électeur. Le nommé R..., maire de ladite commune, chevalier de la Légion d'honneur (grâce à sa complicité dans les vols de la bande H..., dont Wilson et Cie ont repris les très propres affaires), tripoteur d'affaires véreuses et voleur de grande expérience, trouva que, n'étant pas réactionnaire, je n'étais pas digne de voter, dans ladite commune, dont il est le plus bel ornement (le malade avait déjà subi 2 condamnations)... Autant ce sale oiseau avait été hautain et insolent, autant il fut plat et rampant, car il eut l'impudence de venir lui-même mendier ma

voix : mon vote et ma propagande le souffletèrent comme il le méritait. Trop lâche pour se venger lui-même, il chargea de ce soin son adjoint, paysan idiot, d'une ignorance crasse, et orné d'une femme et d'une fille qui feraient les délices d'une maison de tolérance...... Si le maire, adjoint, conseil municipal, magistrats osent démentir une seule de mes assertions, je tiens à leur disposition les preuves irréfutables de ce que j'avance, et je termine en vous demandant, citoyens, si un gouvervement qui soutient une pareille fripouille ne mériterait pas un solide coup de balai. »

HUITIÈME LEÇON

Diagnostic. — Persécutés-Persécuteurs.

SOMMAIRE. — Caractère obsédant de leurs conceptions erronées. Absence ou rareté des hallucinations. Pas d'évolution systématique. Différence très tranchée entre les délirants chroniques et les persécutés-persécuteurs. Dans quelques cas, l'apparition d'hallucinations rend le diagnostic difficile.

Observation XVII. — Persécuté plaideur, soupçonneux, raisonnant, orgueilleux, menteur. Appoint alcoolique amenant des hallucinations. Préoccupations hypochondriaques.

Observation XVIII. — Persécuté. Déséquilibration constante. Inventeur. Orgueilleux, emporté. Tentative d'homicide à l'ambassade d'Allemagne.

Messieurs,

Les persécutés-persécuteurs appartiennent, comme nous l'avons vu, au groupe des dégénérés héréditaires, à la variété désignée du nom de manie raisonnante ; chez tous nous trouvons les antécédents des héréditaires, et, dès l'enfance ou dès la jeunesse, la désharmonie des facultés intellectuelles, le défaut d'équilibre du moral et du caractère. Cette déséquilibration mentale n'exclut pas la prédominance de certaines aptitudes ; l'employé de la ville, l'élagueur d'arbres, que nous avons vus dans la précédente leçon, ont l'un et l'autre une imagination vive, une mémoire très heureuse, une dialectique serrée. Très pointilleux, rusés et menteurs, d'une patience et d'une activité infatigables, les persécutés-persécuteurs mettent leur mémoire, leur imagination, leurs facultés syllogistiques très déve-

loppées au service de leurs sentiments maladifs, de leur haine profonde, de leur soif de vengeance. Ils veulent redresser les torts, flétrir les dénis de justice, obtenir des réparations pour les prétendus dommages portés à leur fortune, à leur honneur et à leur considération.

Si, au début, leurs discours et leurs démarches semblent ne tenir que de la passion, à mesure qu'ils s'exaltent, leur désir de rentrer dans leurs droits, de satisfaire leur vengeance n'a plus de frein et domine complètement leurs sentiments, leurs conceptions et toute leur volonté ; le caractère maladif devient évident.

Très polixes, très loquaces, ils accumulent leurs prétendues preuves, parfois avec beaucoup de logique, s'appuyent sur des arguments tirés de la lecture du Code, sur des faits vrais auxquels ils ajoutent des compléments imaginaires ; ils peuvent ainsi quelquefois en imposer et rendre difficile la distinction du vrai et du faux. Quoi qu'il en soit, ainsi que je vous l'ai dit, ils ne s'arrêtent pas à une longue période d'incubation, d'interprétations délirantes, comme les persécutés ordinaires ; il passent promptement de l'idée à l'acte. Nous les avons vus s'adressant aux tribunaux, entamant des procès, réclamant des dommages-intérêts, écrivant des lettres, des mémoires, se tournant vers les journalistes, cherchant ensuite à gagner à leur cause les conseillers, les sénateurs, les députés ; ils en viennent enfin aux écrits injurieux, menaçants, aux cartes postales, aux affiches, enfin aux tentatives de violences et de meurtre.

En dehors de leur état mental si caractéristique, les persécuteurs raisonnants se distinguent des délirants chroniques par l'absence de troubles sensoriels ; les hallucinations ne se présentent qu'à titre d'exception, et, quand elles existent, elles n'offrent pas cette marche, cette évolution si curieuse qui, du mot, du monologue, conduit au dialogue, à l'écho, à

l'indépendance des centres corticaux affranchis des centres supérieurs, à cette sorte d'automatisme par lequel ces derniers ne paraissent plus prendre part aux troubles sensoriels.

Ces persécuteurs raisonnants se montrent dès le début orgueilleux et persécutés; l'employé de la ville ne manque pas une occasion de donner carrière à sa vanité, ses cartes sont significatives. L'indication de ses œuvres au bas de la lettre d'injures qu'il m'adresse est encore une preuve de ce besoin insatiable d'ostentation. Notre malade F... est tout aussi vaniteux; il en est de même de Mariotti et de l'abbé Cotton.

Ces malades ne se modifient pas; chez eux nous n'avons pas à rechercher cette évolution systématique du délire chronique, le passage progressif de l'interprétation délirante à la persécution réalisée, de celle-ci à l'ambition définitive et à la démence ; non, les persécuteurs raisonnants sont constants dans leur délire, incapables de changement ; vous les trouverez au bout de plusieurs années tels qu'ils étaient au début de la maladie, à 50 ans, comme à 10 ou 15 ans, car chez eux le délire est précoce (autre caractère distinctif d'avec le délire chronique). Ils conservent jusqu'au bout la même activité et le même degré d'intelligence. Quelquefois, à la fin, il survient des accidents apoplectiques, comme chez Sandon, mais ces complications, d'après les cas assez nombreux que j'ai déjà eu l'occasion d'observer, sont moins fréquentes qu'on ne l'avait pensé.

Ces deux groupes d'aliénés, les délirants chroniques et les persécuteurs raisonnants, sont donc séparés par les caractères distinctifs les plus tranchés ; mais, dans quelques circonstances, le diagnostic est des plus malaisés ; si l'on prend, en effet, un délirant chronique au début de la seconde période, si celui-ci surtout cherche à dissimuler, ce qui arrive quelquefois, s'il cache ses hallucinations ou, du moins, s'il ne leur donne plus libre cours, et qu'il se contente d'exposer ses

griefs contre ses ennemis imaginaires ; si, d'autre part, on est en présence d'un persécuteur raisonnant, à antécédents inconnus, on voit deux malades chez lesquels la note dominante est le délire de persécution. Tous les deux sont lucides, logiques avec un point de départ erroné ; ils possèdent à un haut degré la faculté syllogistique. Si, en outre, comme dans quelques cas, rares il est vrai, le persécuteur raisonnant présente des troubles sensoriels, des hallucinations auditives, passagères sans doute, et plus limitées, mais enfin se traduisant par un mot injurieux, une phrase, la difficulté est très grande et l'erreur est presque inévitable.

Ainsi, dans le cas de D..., l'employé de la ville dont nous avons parlé dans notre dernière leçon, il y a eu pendant plusieurs jours une véritable difficulté. Les fatigues, les veilles, un léger appoint alcoolique avaient fait naître des hallucinations auditives, et le malade basait son délire non seulement sur les interprétations erronées, mais aussi sur des illusions et des hallucinations. Ses collègues avaient l'air de le mépriser, on l'appelait « officier prussien ». Il avait eu également plus de 2 ans auparavant des hallucinations auditives : à Tours, sur les promenades, des jeunes gens qu'il ne connaissait pas se moquaient de lui et faisaient des allusions blessantes à ses malheurs de ménage. Il avait quitté Tours pour échapper à ces railleries imaginaires. Les idées de persécution et les hallucinations marchaient d'un pas égal, remontant déjà à plus de 2 ans ; il semblait appartenir au délire chronique plutôt qu'aux persécuteurs raisonnants ; mais les renseignements très circonstanciés que nous avons eus depuis, permettent de le considérer comme un raisonnant persécuteur, comme un héréditaire dégénéré en proie à des idées obsédantes délirantes. Comme les obsessions ordinaires ces idées s'installent, se fixent et persistent avec la même ténacité, en présentant tou-

tefois, comme elles, de longues périodes de rémission, mais sans changer de caractère.

L'observation suivante nous montre un malade très orgueilleux, très menteur, ayant de ses capacités une opinion très haute, et dont toute la vie s'est passée en discussions interminables. A la mort de sa mère, à celle de son beau-père, il plaide contre ses parents ; il veut plaider contre la régie ; il intente un procès au syndic de la faillite ; il accuse sa femme de le tromper avec un berger, avec ses trois charretiers. Sa fille n'est pas à l'abri de ses accusations. Enfin, à l'occasion d'excès alcooliques, il s'excite, présente des hallucinations de l'ouïe, veut s'emparer de l'argent nécessaire aux affaires de la maison, et tire un coup de revolver sur son fils. Notons l'existence de préoccupations hypochondriaques.

Obs. XVII. — Cl.... Pierre, âgé de 60 ans, entre à l'asile le 9 octobre 1888, à la suite d'une ordonnance de non-lieu pour coups et blessures envers son fils. — *Antécédents héréditaires* : Le grand-père était breton, lieutenant de cuirassiers sous Louis XV. Son père avait un caractère emporté, il ne voulait pas commander la même chose deux fois. Il buvait une à deux gouttes le matin, supportant d'ailleurs très mal la boisson ; au moindre excès il ne dormait plus, il était malade pendant plusieurs jours. Il avait été capitaine d'artillerie sous le premier Empire. Il mourut subitement à 57 ans ; depuis l'âge de 40 ans, il avait eu 4 à 5 coups de sang. La mère est morte à 75 ans, elle se portait bien.

Le malade n'a pas fait de maladie grave pendant son enfance, il est assez menteur et ne nous donne pas de renseignements bien concluants sur sa jeunesse. A 16 ans, il était forgeron et reçut un coup de pied de cheval à la face ; il porte encore des cicatrices à chaque orbite et au nez ; il fut 18 mois sans voir distinctement. Il est en France depuis 1858. Quand son père mourut, il avait 18 ans, il resta chef de famille ; il est persuadé que la maison n'a bien marché que grâce à lui, il le donne volontiers, comme preuve de son intelligence et de sa bonne conduite. Ce malade est raisonnant ; toujours prêt à plaider ; dans ses récits et dans ses plaintes, nous verrons à chaque instant, des illusions qui s'installent dans son cerveau comme des faits certains. Il dit avec aplomb que les sœurs de sa

femme ont toutes eu une mauvaise conduite, des enfants avant le mariage ; il paraît qu'il n'en est rien. Quand il était en Berry, il était très jaloux et raconte sur sa femme des faits complètement faux.

D'un incident futile, il conclut que son berger est l'amant de sa femme et que son dernier fils n'est pas de lui. Il dit qu'une autre fois il a appris au cabaret que ses trois charretiers étaient les amants de sa femme ; il les renvoya le jour même. Jamais rien de semblable n'a existé. Nous verrons dans ces derniers temps cette facilité d'illusions aller jusqu'à l'hallucination. Il a une très haute idée de ses capacités ; tout ce qu'il fait est bien, tout ce que font les autres est mal ; ses fils, qui gèrent sa maison aujourd'hui, la perdent à son avis. Il a toujours raison et cela l'amène souvent à plaider. A la mort de sa mère, il a plaidé contre ses frères et leur a fait perdre de l'argent, ils ne veulent plus le voir. De même, à la mort de sa belle-mère, il a encore plaidé et a arrêté la succession pendant deux ans. Il soupçonne toujours les autres ; sa fille cadette, ayant voulu aller en Belgique chez ses tantes, il y a peu de temps, il ne voulut pas la laisser partir ; il avait peur qu'elle fît des bêtises, cela parce qu'elle est d'une famille où les filles en avaient fait beaucoup. Il croit que tout le complot qui l'a conduit à l'asile est mené par sa fille aînée ; elle a l'intention d'entrer au couvent, d'y amener sa mère et de fruster ses fréres de la fortune qui leur revient, etc. Les médecins, quand ils l'ont vu, ont dit qu'il était sain d'esprit aux premières visites, et c'est toujours après avoir vu sa femme qu'ils ont dit qu'il était aliéné. Il réclame devant ces injustices au Procureur de la République, au Président de la République, etc. Il est très intelligent, il le prouve de toutes les façons, il n'y a pas d'argument dont il ne se serve. Il a toujours fait des marchés excellents ; tous les malheurs qui lui sont arrivés sont causés par les saisons, par l'incendie ; jamais ce n'est de sa faute. En réalité, il est très ambitieux, fait des projets en l'air, réussit quelquefois, mais parfois, commet des fautes grossières. En 1879, il achète des pommes gelées, croyant faire une excellente affaire, et c'est une des causes de sa ruine. Il est parfait, il a été trop bon avec ses frères, sa mère le lui reprochait ; il a été trop bon avec sa femme et ses enfants, dit-il, et il est facile de voir que sa femme en a absolument peur ; sa vie n'a été que discussions perpétuelles. C'est parce qu'il aimait beaucoup sa fille qu'il n'a pas voulu qu'elle aille en Belgique, en convalescence, malgré l'avis des médecins.

Ainsi toute sa vie il a été très bienveillant, trés dévoué, et ce sont les autres qui ont eu tort ; quand on lui démontre qu'il n'a

pas eu raison en telle ou telle circonstance, ce sont des bagatelles. Tel il a toujours été et tel il est aujourd'hui. Des excès alcooliques ont encore exagéré ses tendances et l'ont amené souvent à des actes violents, dont il va nous faire lui-même l'histoire dans un long réquisitoire qu'il adresse au juge d'Instruction. Il raconte qu'il a été ruiné par l'hiver de 1879, nous savons ce qu'il en est. En 1882, ils ont repris une maison à Paris, en son nom, dit-il; c'est faux, c'est au nom de son fils aîné. Tout le monde était découragé à la maison, c'est lui qui les a relevés. Si les affaires ont bien marché, c'est grâce à lui; ses fils ne faisaient que des sottises, de mauvais marchés. Il se plaint que sa fille s'est retirée chez les sœurs, les laissant dans la gêne; le fait est vrai, il la frappait tant qu'elle s'est éloignée pendant un certain temps. En 1886, sa fille, malade, lui demande à aller chez ses tantes, à Bruges, il refuse. Un jour elle s'en va sans qu'on le prévienne (sa femme affirme qu'il était prévenu); il voulut d'abord aller la chercher, mais, changeant d'idées, il rentre chez lui assez tard ; survient alors une scène qui montre l'état d'excitation dans lequel il devait être et les hallucinations auxquelles il fut en proie : « Ma femme vient m'ouvrir la porte et elle commençait par me narguer; je lui donne un soufflet, elle se laisse tomber; je la relève, elle se met à crier; les trois enfants sont venus et ont voulu me tuer; je ne pouvais pas échapper à leurs menaces, je prends mon couteau ouvert dans ma main. A cette vue personne n'osait s'avancer, cela m'a empêché d'être écrasé; ils m'ont tenu là pour m'injurier, pendant une demi-heure; ils me disaient toutes les plus affreuses injures et menaces qu'il soit possible de dire. »

A partir de ce jour, il est franchement persécuté et insulté; à chaque instant ce sont de nouvelles scènes, on l'insulte, on l'appelle crapule, soulard, vieille pourriture. Un jour il entend sa fille le traiter de « vieux fumier », il lui donne un coup de pied; les frères défendent probablement leur sœur, il dit qu'ils ont voulu le tuer. Il porte plainte chez le commissaire, demande le divorce, veut absolument avoir de l'argent. Le 16 août, il a acheté un revolver (il dit que c'est d'après le conseil de son homme d'affaires qui l'avait engagé à faire du bruit, pour amener la police à régler ses affaires). Le 17 il entre dans la chambre où était l'argent, et, le revolver au poing somme sa fille de s'en aller; celle-ci se sauve et va prévenir ses frères. Pendant ce temps il fracture la serrure de l'armoire, prend l'argent (1.500 fr.); il entend ses fils qui montent en proférant, dit-il, des menaces de mort, il se fortifie dans sa chambre, barricade les portes; ses fils, dit-il, hurlaient : « Allons le tuer, vieille canaille. » Il s'a-

vance alors et tire un coup dans la porte en bois blanc; la balle atteint son fils aîné à l'épaule. Il voulait simplement leur faire peur, dit-il. On l'arrête.

« La blessure que j'ai faite involontairement à mon fils, écrit-il, est tout simplement causée par ma mauvaise femme, comme le sont toutes les sept filles de mon beau-père ; elles ont toutes fini par faire mourir leurs maris. Je suis le dernier; depuis six ans, si je n'étais pas d'une constitution hors ligne, je serais depuis longtemps allé rejoindre mes beaux-frères. »

Nous avons vu ce malade si fort, et si fier de lui, atteint d'un accès d'hypochondrie absolument ridicule chez un homme aussi vigoureux. Le 27 novembre au soir, Cl... souffre de quelques douleurs intestinales, il est inquiet toute la nuit, anxieux, et le lendemain, se fâche de ce qu'on n'ait pas dérangé le médecin ; à la visite, il est agité, il a peur d'avoir une attaque, il se sent pris de la langue, il finira comme son père, etc. Il est impossible de décrire la triste mine qu'il fait pendant quelques jours, il ne s'en relèvera pas, il demande à revoir sa femme et sa fille aînée avant de mourir, il ne leur en veut plus et semble vouloir une réconciliation. On lui administre un purgatif; changement complet d'attitude ; il va mieux, dit-il ; ses douleurs de ventre ont cessé ; il sent les forces revenir, il se félicite, il est guéri. Quelques jours après, ses idées hypochondriaques réapparaissent; il éprouve des douleurs, dit-il, dans le ventre ; le sang s'était porté sur la rate et l'intestin n'était plus en place. Son gosier est sec. Après 'extraction de deux dents, l'écoulement de sang a été suivi d'une facilité plus grande de la prononciation, sa langue était plus libre.

Quelques jours plus tard, il reçoit sa femme et sa fille, veut faire l'aimable, mais très vite reprend le ton aigre, veut démontrer qu'il est un excellent homme et consent à leur pardonner si elles veulent être sages.

Aujourd'hui il est tout à fait disposé à pardonner, à rentrer près des siens s'ils veulent être tranquilles. Il ne doute pas qu'il est très nécessaire à la maison, il rumine encore des projets grandioses qui doivent amener la fortune.

Dans certains cas, ce n'est point, comme chez les persécuteurs que nous avons examinés dans notre dernière leçon, le souvenir obsédant d'une injustice subie qui poursuit le malade et qui arme son bras contre ceux dont il croit avoir à se plaindre : c'est l'intérêt d'un parti politique, d'une classe sociale, le salut de la Pat ie qui le pousse au meurtre ; et, une

ois l'idée installée qu'il peut par la mort d'un homme sauver tous ces grands intérêts, il va à son but avec la même ténacité aveugle dont les sujets précédents nous ont donné des exemples.

Tel est ce malade qui a tiré un coup de revolver sur un employé de l'ambassade d'Allemagne, et qui a été l'objet d'un examen médico-légal de la part de M. Motet. Très orgueilleux, très autoritaire, très emporté, il a, à maintes reprises, donné des preuves de sa déséquilibration.

En 1856, sans demander conseil, il part pour exploiter une mine de charbon ; il dépense tout son avoir dans une entreprise à laquelle il n'était nullement préparé. Avec sa femme, ses enfants, sa conduite a toujours été singulière : il assiste au mariage d'un de ses fils en costume de travail, il refuse de prendre part au dîner de noces de l'autre. Plus tard, il fait une invention dont il est très fier (distillation des carottes, des cosses de pois). Il tombe dans la misère, et sa haine de l'Allemand, haine qu'il tient de son père, se réveille ; il croit qu'une guerre avec l'Allemagne fera marcher le commerce : sans hésiter, il essaie, en 1887, de faire sauter l'ambassade, et, en 1888, après avoir longtemps guetté l'ambassadeur, tire sur un employé.

Obs. XVIII. — G... Pierre, 66 ans, entre à l'asile le 5 octobre 1888. *Antécédents héréditaires* : Son père était gendarme ; il avait pris part aux campagnes du premier Empire. Il était d'un caractère très entier, n'a jamais voulu avoir de grade, ne supportait pas la moindre injustice. Parmi les récits qu'il a contés à son fils, celui-ci a conservé la mémoire de quelques-uns qu'il rapporte avec plaisir. En Espagne, son père tue un porte-enseigne, laisse le drapeau et court après un officier ; quand il revient, le drapeau avait été enlevé par un officier français qui fut décoré. Quelques jours plus tard, aux avant-postes, G., tue son officier d'un coup de carabine, pour le payer de sa croix. A Eylau, G., père, envoyé à la recherche de vivres, tombe dans un avant-poste prussien ; là, on le mit nu et on le laissa dans la neige ; il eut les pieds gelés, et en conserva une haine du Prussien, qu'il a léguée à son fils. Il devait boire consciencieusement ; son beau-frère

et lui burent, en un jour, 56 litres de vin, d'après ce que nous raconte le malade. Sa mère, morte à l'âge de 76 ans, a eu des habitudes alcooliques pendant toute sa vie. Elle avait mauvais caractère. Elle succomba paralytique, gâteuse, avec une profonde eschare au sacrum. Elle mourut à Orléans, pendant l'occupation allemande, et c'est encore une raison pour que G. en veuille aux Allemands ; il est persuadé que c'est de leur faute (ils ont empêché sa mère d'avoir du feu). Il prétend que sa mère a été somnambule jusqu'à 35 ans ; elle se levait la nuit, allait à la cuisine, faisait même quelquefois le ménage et n'en conservait aucun souvenir. Lui-même se serait levé une fois, et, après avoir tiré le tiroir de la commode, se serait mis à uriner ; son fils l'a réveillé.

Il a toujours eu de sa personnalité, une opinion exagérée ; partout où il a passé il n'a demandé de conseils qu'à lui-même, tout ce qu'il a fait, pensé ou tenté, était de lui et n'admettait pas la controverse ; il est très heureux, sous ce rapport, de ressembler à son père. Il est fier de se sentir inébranlable dans ses décisions, et ne comprend pas que les autres lui résistent.

Pendant son enfance, il fut reçu avec bienveillance par le maire de son village et par différentes personnes qui estimaient, en lui, le fils d'un vieux soldat. Ces fréquentations et les livres qu'ils lui procurèrent, n'ont fait qu'augmenter son orgueil et l'idée qu'il a de sa valeur intellectuelle. On voulait le préparer à Saint-Cyr ou à Alfort. « J'apprenais tout ce que je voulais, dit-il ; ma mère n'a pas voulu que je sois soldat. » Il se maria à 22 ans, sur les instigations de sa mère, mais sa femme, dit-il avec dédain, n'était pas intelligente ; à 20 ans, elle ne savait pas lire l'heure au cadran, elle tenait mal la boutique, oubliait les noms des clients qui ne payaient pas. Sa mère et sa femme voulaient le dominer, mais il ne s'est jamais laissé faire. Quelques scènes racontées par lui-même donnent une idée du ménage et de la rudesse de son caractère. Pour se distraire il lisait beaucoup ; les femmes lui proposèrent de lire tout haut ; dès la première séance elles ne purent s'empêcher de dormir ; furieux, il se leva, lança un coup de pied dans le rouet qu'il brisa, jeta son Anquetil au feu et, à partir de ce jour, prit ses distractions ailleurs. Un soir qu'il rentra vers 10 heures, sa mère lui demanda d'un air goguenard pourquoi il était rentré si tôt ; il était déjà à demi déshabillé ; il ne répond rien, remet son pantalon, ses bottes et s'en va. Il rentre à minuit ; même remarque de sa mère, même sortie... il passe la nuit chez le boulanger. A 7 heures du matin il revient, et, voyant qu'on le reçoit de la même façon, il prend la voiture pour Orléans. Le soir on ne lui dit plus rien et il reste ; il était disposé à partir de nouveau si on l'avait ennuyé. Malgré ces discussions per-

pétuelles, où il voulait toujours avoir raison, il resta 12 ans en ménage ; il a 3 enfants qui se portent bien. En 1856, fatigué des résistances de sa famille, de la gêne qui en résulte pour son caractère entier et obsédé par des idées de fortune, il emprunte 12,000 fr. et part dans la Côte-d'Or à la recherche de mines de charbon. Il ne s'était jamais occupé de mines, mais il avait entendu dire qu'il y en avait eu une en 1794, qu'elle n'était pas assez faite, qu'actuellement, au contraire, on avait grande chance de trouver les bons filons, qui devaient se continuer avec ceux du Creusot. Aidé de deux à trois compagnons il voulut creuser des puits, fit sauter la mine, mais n'arriva à rien ; il dut cesser, faute d'argent, et ne s'en occupa plus depuis. Ruiné, il ne voulut plus rentrer au pays et vint à Paris reprendre son métier de tonnelier. Les choses ne marchant pas comme il voulait, il se met à boire avec l'intention de se tuer ; il s'aperçoit que le mal vient et non la mort ; il cesse et depuis ne fait plus d'excès, mais il boit régulièrement ; son tempérament vigoureux, seul, lui permit de résister à sa mauvaise hygiène.

Bon ouvrier, il resta bien avec son patron et éleva tranquillement ses fils. Il avait toujours un caractère difficile, emporté et n'admettait pas les observations ; un jour, que son patron l'ennuyait, il lui jette deux brocs à la tête. Avec ses fils, il vécut en bonne harmonie tant qu'il fut le maître, mais quand ils voulurent se marier, le ton changea. Quand l'aîné se maria, la fiancée ne lui plaisant pas, il va à la mairie en blouse, en tablier de travail et en casquette, il signe et s'en va. Sa fille se marie en 1880 ; il va au pays, assiste au mariage à la mairie et quitte la compagnie : « cela lui faisait mal au cœur, mais il se connaît, il sait bien que si on avait dit un mot il aurait fait du bruit et désorganisé la fête. » Son second fils se marie en 1883, il ne le voit plus, « il est bien chez lui, il le laisse tranquille. » Depuis qu'il est ici, il ne veut pas écrire à ses enfants ; on l'appellerait au parloir, dit-il, pour voir son fils, qu'il refuserait d'y aller. Depuis 1882, il ne travaille plus, il vit de travaux qu'il fait pour l'un ou pour l'autre et de quelques économies.

Il a imaginé de faire de l'eau-de-vie avec des cosses de pois, des raves, en y ajoutant de la levure de bière ; il les faisait fermenter, distillait dans un alambic et obtenait un remède infaillible contre la colique ; il en a fait 4 ou 5 bouteilles. Il prétend qu'ainsi il obtenait un bon alcool, « le mauvais alcool que l'on a aujourd'hui est fabriqué par les Allemands. » Sa découverte est sérieuse, mais il ne peut s'en servir parce qu'il n'a pas de fonds. Il connaît aussi un remède pour guérir le rhume : l'eau salée ; il attache à sa découverte une grande importance.

La misère dans laquelle il vit depuis quelques années, lui fait voir en noir la situation commerciale et ouvrière ; sa haine de l'Allemand aidant, il en arrive à se dire qu'une guerre serait le seul remède possible à la situation actuelle et ne trouve rien de mieux, pour l'amener, que de tuer l'ambassadeur d'Allemagne. « Ils ont bien tué le nôtre en 1795. » Il y a plus d'un an qu'il rumine cette idée ; il était d'ailleurs, bien sûr de ne pas être jugé ; « est-ce qu'on a jugé Kauffmann ? »

Il raconte qu'en janvier 1887 il avait mis une boule en verre remplie de poudre (200 grammes) à côté de l'ambassade ; « la mèche était allumée, mais on l'aura éteinte, ça n'a pas éclaté ; c'était pour leur faire comprendre que quelqu'un pensait à eux. » L'année suivante pendant 8 jours, il a rôdé autour de l'ambassade, mais, ne pouvant approcher de l'ambassadeur, il a tiré, avec un mauvais pistolet, sur un petit employé et s'est éloigné tranquillement. Aujourd'hui même, il n'est pas possible de discuter raisonnablement son acte ; il est persuadé que son idée était bonne, comme toujours, et qu'il faisait une action utile, presque louable. Il expose volontiers ses théories politiques : il ferait mettre en prison tous ceux qui ont gouverné depuis 1870, et il confisquerait leur fortune au profit de l'Etat.

Cette observation montre l'absurdité des mobiles qui poussent ces malades à l'accomplissement de leur œuvre délirante. Si les apparences de la raison, la persistance de la lucidité peuvent un moment faire illusion, l'histoire entière de leur existence, le caractère obsédant de leurs convictions erronées, leurs réactions maladives dénotent clairement le désordre profond de leur intelligence.

NEUVIÈME LEÇON

Diagnostic. — Persécutés-Persécuteurs.

SOMMAIRE — Divers groupes de persécuteurs :les processifs, les menaçants, les hypochondriaques, les filiaux, les amoureux, etc.

Observation XIX. — Dégénérée, persécutrice amoureuse. Interprétations délirantes. Illusions. Lettres nombreuses.

Observation XX. — Dégénérée, persécutrice amoureuse, menaçante. Absence du sens génital, poursuit sa maîtresse de ses lettres, de ses menaces. Deux internements.

Dégénérés avec délire systématisé devenus persécuteurs.

Observation XXI. — Idées de persécution. Erreur de personnalité à l'endroit de son enfant, qu'elle refuse de reconnaître. Hallucinations de l'ouïe. Plaintes à toutes les autorités. La malade se fait arrêter volontairement pour forcer la justice à s'occuper d'elle.

D'après leurs tendances maladives, les persécuteurs raisonnants peuvent être distingués en différents groupes : les uns, *persécuteurs processifs* (*paranoia querulens* des Allemands), dont l'employé de la ville nous a fourni un spécimen très complet, avec son ardente activité, sa vanité, ses plaintes portées devant toutes les juridictions. Le déménageur aux cartes postales se rapprocherait plutôt des persécuteurs actifs menaçants disposés à se faire justice par la violence et l'homicide. Près de ce groupe peuvent se placer : les *hypochondriaques persécuteurs* qui, croyant un jour avoir été mal soignés par un médecin, en veulent à tous les médecins qu'ils rencontrent dans le cours de leur traitement et les persécu-

tent quelquefois très activement; les *persécuteurs filiaux* croyant avoir trouvé un père qu'ils persécutent de leur tendresse et de leurs revendications. Un autre groupe renfermerait les *amoureux persécuteurs*: Teulat, l'amoureux de la princesse de B..., en était un magnifique exemple.

Je puis en examiner deux cas avec vous : La première de ces malades, J. Noémie, poursuit de ses obsessions un fiancé imaginaire, un brave boucher, un veuf qui n'a pas l'air de se douter de la passion qu'il a allumée dans le cœur de la jeune teinturière.

Obs. XIX. — Mlle J. Noémie, 31 ans, entre à l'asile le 8 septembre 1887.

Le père était homme de peine et buvait de temps en temps, il est mort en 1878 à l'âge de 50 ans, à la suite d'une gastrite chronique. La mère, débile, émotive, donne difficilement des renseignements. Les deux frères sont peu intelligents ; l'un d'eux a eu des convulsions à un an, il bégaye.

Quant à la malade, elle a toujours été chétive et d'une intelligence très médiocre : elle a très peu de mémoire. A deux ans, elle fut prise de convulsions ; depuis elle n'a pas eu de maladie sérieuse. A l'école, elle a appris difficilement ; elle était généralement triste, émotive, n'ayant pas de camarades, ne se promenant jamais. Elle n'osait pas causer aux hommes et disait qu'elle ne voulait pas se marier. Depuis 7 à 8 ans, elle remarquait qu'on la regardait dans la rue, surtout au moment de ses règles, parce qu'elle avait les yeux cernés ; elle était honteuse, elle avait peur qu'on dise qu'elle faisait la noce. En avril dernier elle entre en place à Asnières. Elle allait souvent chez le boucher voisin chercher de la viande ou de la monnaie. M. R..., le boucher, est veuf et demeure avec une concubine ; il a trois enfants. Au commencement de juillet, la patronne Mlle J... dit à sa tante qu'il serait temps de songer à la marier. A peu près à partir de ce moment, Mlle J... pense à M. R..., que sa maîtresse venait de quitter : « Je n'ai trouvé que M. R.., qui me plaise, » dit-elle. Dès ce jour elle n'ose plus aller chez lui, elle en parle continuellement ; elle a rêvé qu'il entrait dans sa chambre. Au commencement d'août, elle se sent mal à l'aise ; elle éprouvait des douleurs dans le côté, des picotements aux seins. Sa patronne uidemande si elle n'a pas dormi la fenêtre ouverte ; elle se rappelle alors qu'un matin elle l'a trouvée ouverte. Elle prend un congé ;

chez elle ses malaises continuent ; elle se rappelle différents faits qui ne l'avaient pas frappée et rapporte tout à M. R... « Je voyais des gens passer avec des bouquets devant la porte et ils me regardaient. » Un jour M. R..., en passant, a dit : « Dépêchez-vous, je n'ai plus le temps d'attendre. » Quelques jours plus tard : « C'est qu'elle l'a encore. » A la gare d'Asnières, elle a entendu dire : A la noce. » Des gens disaient : « On voit bien qu'elle ne se voit pas. » Elle se souvient qu'un soir elle s'était couchée la fenêtre fermée, le le lendemain matin elle l'avait trouvée ouverte. Rapprochant tous ces faits de la brusque arrivée de ses malaises, elle en conclut qu'elle est enceinte ; elle se rappelle le jour, c'est M. R... qui a passé par la fenêtre (elle couchait au 6e étage) au moyen d'une échelle ; elle prétend avoir vu l'échelle. Il l'a endormie et il a abusé d'elle. Le lendemain elle a vu M. R... regarder en l'air en souriant « ça voulait dire qu'il était entré par la fenêtre. » Elle s'explique ainsi ce qu'elle sent dans le ventre, dans les côtés ; elle croit que ses seins grossissent, que ses mamelons durcissent, etc. Le 16 août, elle essaya de reprendre sa place ; elle vit ce jour-là M. R... qui lui dit : « Vous voilà revenue, vous y avez mis de la réflexion. » Le lendemain, toujours malade, elle rentre chez sa mère. Elle reste persuadée qu'elle est enceinte et forme le projet de se marier avec M. R... Cependant elle est plus triste, plus émotive qu'à l'ordinaire ; la vue de soldats ou d'enterrements qui passaient l'effrayait. Elle s'attribuait souvent les articles des journaux qu'elle lisait : dans l'un d'eux on parlait de la « vierge mère », etc. Elle eut l'idée de se jeter à l'eau ; elle écrivit deux lettres à M. R... Depuis qu'elle est à l'asile, malgré ses règles, malgré l'affirmation du médecin qui lui assure qu'elle est vierge, elle reste persuadée qu'elle est enceinte. Sa passion pour M. R... persiste aussi intense ; elle lui écrit, n'en parle jamais sans rougir. Aux infirmières, elle parle de son enfant dont elle sent les mouvements. Tous les jours elle écrit au médecin et demande à sortir pour retrouver son fiancé ; ici, elle meurt de chagrin, ne veut plus manger ; elle ne peut plus vivre sans lui.

Voici un passage d'une des nombreuses lettres qu'elle adresse à M. R... : « Je vous aime, vous n'ignorez pas la position intéressante où je me trouve et que ma vie en dépend ; vous savez bien que vous êtes monté dans ma chambre et que vous m'avez eue sage. J'espère bien que vous voudrez réparer ce que vous avez fait en m'épousant. Comme je vous l'ai dit dans mes deux lettres, vous n'avez pas affaire à une ingrate, je vous serai toujours reconnaissante de ce que vous avez fait pour moi ; je vous en conjure, au nom de notre enfant que je porte dans mon sein, ne m'abandonnez pas, ayez pitié de moi ; si

vous saviez combien je souffre. Si vous m'accordez ce que je vous demande, je remplirai ma nouvelle mission avec honneur et dévouement ; je ferai tout ce qui dépendra de moi pour vous rendre heureux ainsi que nos enfants. J'attends ce beau jour où nous serons fiancés, et je désire que ce soit le plutôt possible, car il y a trop longtemps que nous souffrons tous deux. »

Dans une autre lettre, elle s'exprime ainsi : « M. le docteur, lorsque vous m'avez demandé si je ne retournerai pas à Asnières, je vous ai répondu que non, parce que je craignais que vous ne me donniez pas ma liberté ; mais j'ai menti, je vous jure que j'ai répondu contre ma façon de penser, parce que j'aimerai toujours M. R... et je désirerai retourner à Asnières pour qu'il me parle et pour nous marier. Je vous jure que c'est ma pensée et que c'est de cœur ce que je dis, car si je n'avais pas aimé M. R... je n'aurais pas eu l'intention de me faire mourir pour lui. »

La malade suivante est beaucoup plus active et pousse à un haut degré la manie de la poursuite. Elle a écrit en six mois plus de 500 lettres à Madame L..., qu'elle aime, et nuit et jour elle est restée attachée à ses pas ; franchissant la grille du jardin pour se rapprocher d'elle, sonnant le glas funèbre à la grande cloche pour lui exprimer sa souffrance, lui demandant d'une voix suppliante de la reprendre. L'objet de son affection est une dame de 50 ans chez qui elle a été domestique pendant six mois. Il ne s'agit pas, toutefois, d'une inversion du sens génital. Ce qui domine dans l'inversion du sens génital, c'est l'*idée obsédante* de l'homme pour l'homme, de la femme pour la femme ; le point de départ est d'origine essentiellement cérébrale ; c'est en quelque sorte le cerveau d'un homme dans le corps d'une femme. L'appétit sexuel persiste mais il est dévié, il est interverti ; souvent même il prend une intensité extrême, grâce au terrain déséquilibré sur lequel il s'est manifesté.

Chez M[lle] M... il n'en est pas ainsi ; dans son affection pour Madame L... il n'y a rien de charnel, le centre médullaire génito-spinal n'intervient pas. Elle a eu autrefois un amant,

M X..., mais elle l'aimait, dit-elle, comme un père, sans jamais éprouver auprès de lui de sensations voluptueuses, d'orgasme vénérien, n'ayant aucun désir de l'acte sexuel, le subissant sans le moindre attrait, mais ne le réclamant jamais ; il y a, en un mot, chez elle un silence complet du sens génital. Elle a aimé plus tard une jeune fille, mais c'était comme une sœur. Elle aime actuellement Madame L... comme une amie, dit-elle. Elle était heureuse de la voir, de l'écouter, de l'entendre parler; elle prenait plaisir à l'embrasser, mais n'a jamais éprouvé auprès d'elle de sensations voluptueuses.

Obs. XX. — Joséphine M... est âgée de 27 ans ; sa mère s'était séparée de son mari, pendant la grossesse, et elle serait folle actuellement. La malade a toujours été fantasque, étrange. Au couvent jusqu'à 18 ans, elle s'en est évadée deux fois. Elle a été placée dans une maison de correction pour vol de bijoux à sa grand'mère. Puis elle est revenue à Paris ; elle y fit la connaissance du comte de X..., avec lequel elle vécut durant 3 ans. Son absence complète d'attrait pour les plaisirs sexuels, sa frigidité surprenaient son amant. Celui-ci à la suite de mauvaises spéculations, ayant dû se retirer dans sa famille, elle le suivit et chercha à obtenir un emploi chez la mère de M. de X.. ; celui-ci refusa et la renvoya à Paris, où plus tard elle le poursuivit de nouveau de ses obsessions.

Elle est entrée au service de Mme L..., en 1886. Toujours elle a été active et dévouée, mais bizarre. Mme L..., préoccupée par ses affaires et satisfaite de son service, lui passait beaucoup d'excentricités. Elle restait des jours entiers dans sa chambre, sans rien dire. D'autres fois, elle éclatait de rire sans raison ou devenait grossière. Elle était jalouse et faisait des scènes, même à sa maîtresse. Il lui est arrivé de dire que Joséphine de Beauharnais lui ressemblait, qu'elle était sa marraine, que Bazaine lui avait appris à lire, etc. Mme... L. l'a congédiée, en août 1887, après une scène de jalousie à propos d'une femme qui était venue lui demander un certificat. Ce jour-là, elle brisa une tasse, une assiette, et menaça sa maîtresse d'une grosse lampe à pétrole (elle croyait que cette femme était une nouvelle domestique). Il fallut 4 sergents de ville pour lui faire quitter la maison. A partir de ce moment commencent les persécutions. Mme L... avait pris une autre domestique ; Joséphine venait l'attendre dans la rue et la frapper ; Mme L... s'est privée de domestique à cause d'elle pendant trois mois. Elle venait se poster devant la porte

durant de longues heures, quelquefois une journée, exposée aux intempéries, à la pluie, les yeux dirigés vers la fenêtre de la pièce où se tenait Mme L... Quand celle-ci descendait, elle la suivait des yeux et la poursuivait dans les rues, les magasins, les églises : « Reprenez-moi, » disait-elle en gémissant. Elle escaladait la grille et venait sonner à la grosse cloche, pendant la nuit, comme un glas funèbre. Elle a été conduite au commissariat une vingtaine de fois ; elle a couché au poste 4 fois. Tous les jours elle écrivait à sa maîtresse, tantôt pour menacer, tantôt pour implorer son pardon ; elle a ainsi écrit plus de 500 lettres. Elle a proféré des menaces chez la concierge de la sœur de Mme L..., disant : « Il faut que l'une de nous deux disparaisse. » Elle enfermait ses lettres dans des enveloppes de deuil.

Au bout de trois mois, Mme L... quitte sa villa pour échapper à ses obsessions et s'installe rue Saint-Antoine. Elle finit par découvrir le logement et glisse une lettre sous la porte. Elle sonne et Mme L... venant ouvrir elle lui dit : « Ah ! c'est bien, vous êtes là, je suis contente. » Ses extravagances, ses menaces la firent interner une première fois.

Après sa sortie de Ville-Evrard, elle recommence à persécuter Mme L... ; elle lui écrit le jour même, et elle vint souvent chez le concierge. Elle dépose une plainte contre un commissaire de police pour arrestation arbitraire, fait comparaître sa maîtresse deux fois devant le juge de paix, lui demandant des dommages-intérêts. Elle prétendit que le médecin de Ville-Evrard, de connivence avec Mme..., L avait reçu une forte somme d'argent. Ses persécutions ne cessant pas, elle ne tarda pas à se faire interner de nouveau. Actuellement elle parle de se venger, le revolver à la main.

Voici comment la malade raconte son histoire : Quand Mme L... est venue me chercher, j'étais sans place. Elle me prit de suite, sans me demander ni explications, ni certificat. Le lendemain je me rendis chez elle ; en arrivant, elle me fit un gracieux sourire et me montra ses appartements. Deux jours après mon arrivée, elle me fit ses confidences, m'apprit qu'elle avait été malheureuse avec son premier mari, avec lequel elle avait divorcé. Remariée avec M. L..., en 1883, elle est en procès de séparation depuis 2 ans ; on racontait que M. L... l'avait délaissée pour un de ses amis. Elle me prévient de ne pas avoir peur chez elle, quand M. L... viendra faire des esclandres, ce qui arrivait tous les jours. Peu de jours après, nous étions comme deux amies, elle me lisait toutes les lettres qu'elle recevait de M. L..., me demandait conseil sur ce qu'elle avait à faire, causant avec moi toute la journée, au point de m'empêcher de faire mon ouvrage. Ma principale occupation, disait-elle, était de la distraire. Un

soir qu'elle était chagrinée, dans un moment d'effusion, elle m'embrassa sur la joue. A partir de ce moment, toutes les journées se ressemblaient; elle me faisait part de toutes ses affaires, m'embrassait le matin quand je descendais ; j'avoue que j'en ai pris l'habitude et que souvent je recherchais ses caresses. Nous nous embrassions réciproquement à toute heure du jour. Je trouvais cela tout naturel et n'avais pas d'autre pensée que celle d'une sympathie qui s'était montrée dès le premier jour. « J'étais aussi bien qu'au paradis avec « elle. Tout en elle me plaisait, sa démarche, son maintien, son lan« gage, son esprit. »

« J'avoue qu'elle était très bonne pour moi, trop familière peut-être, et j'ai abusé bien des fois de sa bonté, j'ai même été plusieurs fois grossière à son égard. A partir du jour où elle me mit à la porte, je lui écrivis au moins une lettre par jour. J'en envoyais par la poste, mais le plus souvent je les portais moi-même. Je restais pendant des heures entières devant la porte de la villa. Je trouve que c'est ridicule, mais connaissant Mme L..., je pensais toujours que je l'attendrirais. Je sonnais au timbre qui était le plus gros du quartier. Les voisins et les bonnes venaient souvent crier contre moi, mais je n'écoutais rien. Très heureuse avec madame, j'aurais donné ma vie pour elle ; j'étais malheureuse sans elle. Plusieurs fois elle me fit arrêter et conduire au poste. Mes deux arrestations ont été arbitraires ; dans la rue, sans que je ne dise rien, les sergents de ville sont venus m'arrêter. Elle me voit dans la rue et croit que je la suis. »

A diverses reprises, elle affirme n'avoir éprouvé et n'éprouver pour Mme L... que des sentiments de vive amitié, n'avoir jamais ressenti auprés d'elle ni auprés d'autres femmes de désirs contre nature. Dans l'asile, elle s'est montrée toujours très réservée vis-à-vis des autres malades ; on n'a remarqué aucune disposition à l'onanisme et elle présente, du reste, une anesthésie très accusée du clitoris, malgré un développement considérable de l'organe qui est proéminent avec des corps caverneux très allongés et des brides masculines très saillantes.

Parmi les dégénérés atteints d'anomalies sexuelles, le groupe des *cérébraux antérieurs* ou psychiques ne connaît plus les instincts inférieurs, il se montre même indifférent à l'instinct de la génération ; la moelle, le cerveau postérieur, sont silencieux ; le sujet reste cantonné en pleine région frontale, dans

le domaine de l'idéation. C'est l'*amour sans désirs vénériens*, en dehors de toute *préoccupation charnelle.* Ce sont des platoniques, des extatiques, des érotomanes, en donnant à ce mot la signification précise que lui avait assignée Esquirol. Nous avons eu l'occasion d'observer plusieurs exemples de cet amour psychique, sans désirs vénériens ; j'en ai cité trois cas, et notamment celui de M. X..., tailleur, l'amoureux psychique de Mlle Van Zandt. Je rappellerai aussi cet élève des Beaux-Arts qui passait de longues heures, la nuit, à sa fenêtre, et qui avait, disait-il, besoin d'un idéal ; et son idéal c'est Myrtho qui s'est retirée dans une étoile. Il contemple tous les soirs cette étoile, vient la voir avant de se coucher, lui rend hommage, brûle pour elle des essences et de l'encens, il lui adresse des vers.

Il est une autre classe de persécutés-persécuteurs composée de dégénérés atteints de délires systématisés ambitieux ou de persécution. Les uns poursuivent avec une ténacité, un acharnement caractéristiques ceux que leurs interprétations délirantes, leurs hallucinations, leur ont désignés comme des ennemis ; nous allons en donner un exemple tout à l'heure. Les autres, les ambitieux, ne veulent voir dans leurs parents que des infâmes qui les ont arrachés à leur véritable famille, qui veulent les dépouiller, et leur haine implacable les arme contre eux. Dans la prochaine leçon, nous verrons une malade de ce groupe.

L'observation suivante est celle d'une femme qui s'est conduite en véritable persécutrice, sous l'influence d'une erreur de personnalité à l'endroit de sa fille. D'un caractère toujours soupçonneux, violent, elle a rudoyé son mari, ses enfants. A la suite d'interprétations délirantes, incessantes et remontant déjà assez loin, elle a échafaudé tout un roman délirant : elle croit que sa fille a été coupée en morceaux par

son gendre, et refuse de la reconnaître quand elle vient la voir. Elle se met alors en campagne pour faire arrêter les assassins de sa fille ; avec une opiniâtreté infatigable, elle s'adresse à toutes les autorités et finit par se faire arrêter volontairement, pour attirer sur le crime imaginaire, l'attention de la justice.

Obs. XXI. — Célina H..., veuve G..., âgée de 49 ans, entre au Bureau d'admission le 1er octobre 1888.

Le père était irritable, emporté, la mère serait morte tuberculeuse ; le frère, déséquilibré, braque, dépensier, a fait de nombreux excès alcooliques. Un autre frère, très violent, aurait accaparé tout l'héritage des parents. Une cousine germaine est imbécile.

La malade, qui présente de l'asymétrie faciale, a toujours eu un caractère violent, exalté, l'humeur inégale ; ses amitiés étaient peu solides ; très soupçonneuse, elle engageait sa fille à suivre son mari, accusant celui-ci de tromper sa femme. Les scènes de ménage étaient fréquentes ; elle rouait de coups son mari sous prétexte qu'il était coureur, le mordait, le jetait dans les escaliers ; un jour, elle l'a blessé à la tête. Le malheureux en était réduit à crier à l'assassin. Elle n'a pas cessé de le brutaliser pendant sa maladie et même quelques jours avant sa mort. Elle n'était guère moins dure pour sa fille, qu'elle frappait avec violence ; elle avoue, d'ailleurs, être colère ; c'est, dit-elle, son défaut. Elle se marie à 27 ans, puis des pertes d'argent surviennent : elle suppose que son mari donnait de l'argent à quelqu'un. « Il était toute la journée dehors. » On lui faisait signer « des quantités de choses, et comme elle ne sait pas lire on a dû la frustrer. »

En 1876, survient une phase mélancolique avec quelques idées de suicide, à la suite de discussions avec son mari qui ne voulait pas faire apprendre à sa fille l'état de couturière. Nouvelles idées de suicide en 1879, avec craintes d'empoisonnement : elle soupçonnait son mari de vouloir se débarrasser d'elle, d'avoir un enfant illégitime. En 1880, des modistes s'installent avec leur père dans la maison voisine. Elle ne tarde pas à remarquer bien des choses suspectes. Le jour tout était calme ; puis, le soir, le bruit commençait ; des jeunes gens entraient dans la maison, on poussait des cris pendant la nuit ; on se livrait à des orgies ; « c'étaient sûrement des femmes de mauvaise vie avec un soi-disant père ; » elle entendait des horreurs, des phrases qui ne laissaient aucun doute : « Ça ne te plaît pas, c'est cependant bien gentil. » On jetait des

saletés et des ordures dans le jardin, on lâchait des chiens quand sa fille rentrait chez elle, les voisines montaient sur la terrasse pour regarder dans son jardin ; en 1883 elles l'injuriaient. La même année elle est prise de douleurs de ventre, d'une soif ardente : on avait voulu l'empoisonner ; le médecin a d'ailleurs dit : « Cela ressemble à un empoisonnement. » Elle passe deux années tranquille ; sa fille se marie en 1885.

Déjà quelque temps avant son mariage, des doutes singuliers commencent à se montrer : elle disait à sa fille : « Tu n'es pas ma fille ; » elle croyait qu'on avait substitué à son enfant une fille illégitime de son mari ; ses cousins avaient tué sa fille, l'avaient jetée à l'eau. Elle la revit en décembre 1885, où elle l'accompagne chez un médecin qui l'a auscultée. Très émue, dit-elle, en voyant la maigreur de sa fille, elle a été prise d'une perte de sang et est obligée de se coucher ; elle était au lit quand sa fille et son gendre viennent lui présenter leurs vœux de bonne année ; elle fait une scène violente à sa fille lui disant qu'elle venait bien tard et que, sans doute, elle avait dû aller voir sa mère avant de venir chez elle ; en même temps elle ne lui parle plus comme à une enfant, cesse de la tutoyer, prétend que ses yeux sont changés, que tout est changé, « les mains de sa fille étaient plus grandes, son front n'était pas pointu. » Elle refuse de l'embrasser et la traite de gredine. « Si vous êtes ma fille, vous resterez avec moi, dit-elle, » et elle l'emmène chez différentes personnes pour leur demander si elles reconnaissent bien Mlle G.... Elle se laisse enfin convaincre, s'écrie : « C'est bien toi, » puis peu après : « Non, dit-elle, ce n'est pas ma fille » et elle veut voir un signe que celle-ci porte à la hanche ; elle aperçoit le signe, mais, assure-t-elle, le signe était faux et avait été fait avec le nitrate d'argent. Quelques jours après son gendre vient pour lui recommander de se calmer, elle le soufflette, veux l'étrangler. Alors l'idée qu'on a substitué une autre personne à sa fille s'installe d'une façon définitive, et désormais, toute entière à sa conviction délirante, elle n'a plus qu'une pensée, retrouver son enfant, et pour cela ne recule devant rien, quitte son mari qui ne veut pas l'aider dans ses démarches, s'adresse au Préfet de police, au Parquet de Versailles, au chef de la Sûreté, à des avoués, aux commissaires de police ; elle charge des hommes d'affaires de continuer les recherches et dépense ainsi plusieurs centaines de francs. Elle affirme que son gendre a fait disparaître sa fille ; à cette époque on trouve à Montrouge une femme coupée en morceaux : elle s'empare de ce fait ; c'est son gendre qui est l'auteur du crime de Montrouge et il vit maritalement avec une maîtresse. Elle entre alors dans une phase où les interprétations

délirantes, les illusions vont jouer le rôle principal, les hallucinations de l'ouïe n'étant qu'au second plan.

Dès qu'elle a commencé ses recherches (1886), on l'a fait suivre dans la rue, c'est la famille du gendre qui a trempé dans le complot. Ses parents de Saint-Denis, chez lesquels elle vivait depuis qu'elle avait quitté son mari, sont tous gens faux, méchants, affiliés à diverses sociétés et ne l'ont recueillie que par intérêt : ils ont su l'attirer et plus tard ont touché la succession de son mari. Personne ne lui disait cependant de sottises. Elle y resta un mois puis loua un appartement et son mari vint habiter avec elle. Dans la rue on la tournait, dit-elle, en ridicule, on crachait presque sur elle ; parfois elle ne reconnaissait plus son gendre. On faisait courir des bruits honteux sur son compte : « Elle est pour femmes. » Dans la maison on payait une femme qui prenait son nom et faisait des orgies. Le concierge pour la compromettre faisait monter chaque soir dans une chambre vide, à côté de son appartement un individu qui restait trois quarts d'heure, puis s'en allait. Quand elle sortait on entrait chez elle, on changeait ses papiers. Son signalement est donné dans les journaux ; les réclames de Géraudel sont remplies d'allusions. Dans le tramway on disait : « Elle va voir ses amoureux à Montsouris, la fille H. , » dans la rue on lui disait des injures : « Salope, on te fera enfermer. » Ce sont des voyous payés sans doute par ses parents de Saint-Denis. En passant devant le concierge elle a entendu dire : « Tu ne t'en relèveras pas cette fois-ci » ; la nuit elle entendait la voix de sa fille pleurant dans la maison voisine : « Ils disaient qu'ils l'avaient pendue par les pieds. » Pas d'hallucinations du goût, de l'odorat, pas de troubles de la sensibilité générale.

A chaque visite de sa fille, la malade s'excitait. Un jour elle jette une carafe à la figure de son frère qui veut lui prouver son erreur ; une autre fois, elle se jette sur lui un couteau à la main. Elle menace son gendre et sa fille de leur jeter du vitriol au visage. Ceux-ci cessent alors toute visite. Cependant, par moments, elle semblait revenir de son erreur ; elle harcelait alors des amis pour aller reconnaître sa fille.

En février 1887, son mari tombe malade, sa fille et son gendre viennent le voir ; elle ne reconnaît pas son enfant bien que celle-ci l'appelât maman, « elle paraissait un peu plus grande que sa vraie fille ; la figure n'était pas la même. » Depuis la mort de son mari, elle ne l'a plus revue et cette séparation forcée ne fit que confirmer ses convictions. Elle redouble ses démarches, cherche à pénétrer dans le logement de sa fille. Un jour elle escalade un treillage parce

que celle-ci refusait de lui ouvrir : « Vous vous enfermez, gredine, criait-elle. » Elle lui écrit et ne reçoit qu'une lettre impolie qui, bien que signée du nom de sa fille, n'émanait sûrement pas d'elle. (Ce n'était pas son écriture.) Elle se présente alors chez son gendre avec deux témoins pour savoir ce que devenait son enfant : sa fille ayant répondu qu'elle refusait de la recevoir (réponse inadmissible, dont son enfant est incapable), elle se retire plus convaincue que jamais que son gendre, après avoir fait disparaître sa fille, vit avec une maîtresse, qui sans doute est une fille de son mari, car « comment supposer à une étrangère assez d'audace pour avoir pris la place de sa fille ? » Dans ces derniers temps, elle devient intempérante, boit du cognac ; enfin, lasse de tous les échecs qu'elle a subis, décidée à attirer l'attention de la justice, elle se fait arrêter sur un banc, disant aux sergents de ville : « Je veux me faire arrêter, quand même il faudrait me faire passer pour voleuse ou pour complice d'un crime. »

A l'asile, la malade est très tranquille ; l'on ne constate aucun trouble sensoriel. Mise en présence de son gendre, elle s'avance et, d'un ton impérieux : « Et ma fille? s'écrie-t-elle. Depuis deux ans je vous vois toujours seul, vous l'avez donc séquestrée, misérable ! Je désire voir ma fille ou sinon... » Une entrevue eut lieu entre la malade et sa fille : elle la regarde d'abord avec attention, se rapproche pour l'examiner avec plus de soin, la conduit en pleine lumière, réfléchit, puis l'entoure de ses bras, l'embrasse avec effusion à plusieurs reprises, en s'écriant: « Ma fille, pourquoi êtes-vous restée si longtemps sans venir me voir? » Bien que persuadée qu'elle se trouve en présence de son enfant, elle n'en est pas moins convaincue que la personne qu'elle a vue l'année dernière, avec son gendre, n'était pas sa fille. Son gendre, T..., a un appartement rue Condorcet, un autre à Chatou ; qui lui dit qu'il n'y a pas deux dames T..., l'une rue Condorcet, l'autre à Chatou. Quelques jours après, elle reprend une attitude réticente; elle semble avoir de nouveau des doutes sur l'existence de son enfant, et bientôt après elle retourne à son erreur première et prétend avoir fait semblant de reconnaître sa fille pour obtenir sa sortie.

Par la nature de ces réactions, cette malade dégénérée peut être rangée dans le groupe des persécutées-persécutrices ; toutefois, l'allure et les véritables caractères de persécutrice sont, chez elle, moins persistants que chez les malades précé-

dents. Faisons remarquer que la longue durée du trouble intellectuel et l'existence par intervalles d'hallucinations de l'ouïe auraient pu, à un examen superficiel, faire croire à un délire chronique.

DIXIÈME LEÇON

Diagnostic *(Suite)*. Délire systématisé chez les dégénérés.

SOMMAIRE. — Délire de persécution systématisé avec hallucinations. Délire ambitieux avec troubles sensoriels. Absence d'évolution progressive. Délires polymorphes.

Observation XXII. — Délire systématisé ambitieux chez un dégénéré. Guérison.

Obervation XXIII. — Idées de persécution. Hallucinations. Troubles de la sensibilité générale, préoccupations hypochondriaques. Evolution rapide.

Observation XXIV. — Débilité en voie d'affaiblissement mental. Délire ambitieux systématique depuis 36 ans, idées accessoires de persécution.

Observation XXV. — Débilité mentale. Délire ambitieux systématisé développé d'emblée.

Observation XXVI. — Délire de persécution à marche rapide avec quelques idées ambitieuses chez un dégénéré. Guérison.

Les dégénérés héréditaires ne présentent pas seulement des idées de persécution sans troubles sensoriels, ils peuvent aussi être affectés de délire de persécution avec hallucinations et troubles de la sensibilité générale, ou bien encore de délire ambitieux accompagné également de troubles sensoriels, et revêtir ainsi les apparences d'un délirant chronique à la seconde ou à la troisième période. Si, en général, on ne trouve pas chez les dégénérés héréditaires cette conviction inébranlable qui est l'apanage du délirant chronique et que vous avez pu apprécier toutes les fois que, dans mes questions adressées aux malades, j'élevais des doutes sur la réalité des persécutions dont ils se plaignaient, si l'héréditaire dégénéré est habituelle-

ment moins convaincu et moins tenace dans ses convictions délirantes, dans certains cas, cependant, le délire est nettement systématisé, le malade y croit profondément, il prend même une attitude qui ne le cède en rien soit à l'aspect préoccupé et irrité du délirant chronique persécuté, soit à sa tenue dédaigneuse et arrogante lorsqu'il est devenu mégalomane.

Quand il s'agit de ces derniers malades, les mégalomanes, on apprend que le dégénéré héréditaire n'a pas passé par une longue période d'épreuves; pour acquérir sa puissance, il n'a pas eu à traverser de longues étapes d'interprétations délirantes et de persécution; les idées de grandeur se sont montrées dès le début, tantôt brusquement et par bouffées, d'autres fois lentement, mais en conservant toujours le même caractère; elle sn'ont pas eu à subir d'*évolution* ni de *transformation*. D'autres délires peuvent survenir, quelle que soit la forme, hypochondriaque, mystique, les persécutions, le délire ambitieux ne change pas, ou bien il cède la place pour reparaître ensuite ou même disparaître entièrement, sans jamais suivre la marche méthodique de la mégalomanie du délire chronique.

En somme, dans toutes les éventualités, en examinant tous les faits, la marche du délire ambitieux chez les dégénérés ne ressemble jamais à celle du délire chronique. L'erreur, conséquemment, ne pourrait être commise qu'en l'absence de renseignements.

Nous avons eu longtemps dans le service un ancien élève de l'Ecole Polytechnique, mégalomane systématisé, halluciné, qui avait les dehors d'un délirant chronique. Il se disait fils du prince Alerkin et de Lady Sibbourgham, duchesse de Devonshire. Il recevait avec froideur et une certaine morgue sa mère et sa sœur, qui n'étaient, disait-il, l'une, que sa mère adoptive, et l'autre que la fille de celle-ci. Dès le début de la

maladie il s'était montré ambitieux, et il a conservé deux ans ce délire des grandeurs avec transformation de la personnalité; la mégalomanie a cessé brusquement, comme elle était venue, et le malade, toujours déséquilibré mais non délirant, a pu rentrer dans sa famille.

Obs. XXII. — G... Gaston, ancien élève de l'Ecole Polytechnique, né en 1861, entre au Bureau d'admission en août 1884

Son oncle paternel est mort à Ville-Evrard encore jeune; le père est mort tuberculeux. Deux tantes maternelles sont mal équilibrées; la mère a un caractère très extravagant; un frère, débile, est microcéphale; une sœur, morte tuberculeuse, a présenté pendant quelque temps des périodes d'exaltation et de dépression; une autre sœur, tuberculeuse, s'est suicidée à 18 ans pour ne pas survivre à la précédente; une troisième sœur est morte de convulsions à un an. Quant à lui, d'humeur farouche, avec le goût de la dépense, il s'est longtemps adonné à la masturbation. Il était habituellement sombre, triste, irritable. Sous-lieutenant d'artillerie depuis 8 mois à peine, il donne sa démission, déclarant qu'il n'avançait pas assez vite en grade. Puis ses prétentions s'exagèrent encore : il porte dans sa poche un morceau de papier sur lequel était écrit : le roi G... Il ne tarde pas à se faire remarquer dans la rue par des actes extravagants, de l'agitation, et on l'arrête se proclamant Empereur. Il est envoyé à Charenton où il se renferme dans un mutisme presque complet; il est transféré au bout de quelques jours à Sainte-Anne. Il prétend que sa mère n'est en réalité que sa mère adoptive, et que sa véritable mère est morte en 1878. Elle s'appelait Lady Sibbourgham, duchesse de Devonshire, épouse du prince Alerkin. La certitude absolue de son origine noble lui est venue dans les premiers mois de l'année 1883. Il ajoute qu'il est propriétaire de la maison qu'il habite à Paris; c'est le prince Gerstakinn, duc d'Elzma, qui est son intendant; il perçoit les loyers et correspond avec lui par des « Moujichs. » Il a entendu qu'on lui disait des injures, ajoute-t-il. En octobre 1885, un an après son entrée, il prétend toujours n'être pas le fils de Mme G... Elle n'est pas sa mère et sa fille n'est pas sa sœur, dit-il, puisqu'elle ne sait pas l'anglais. Au commencement de 1886, il reste à l'infirmerie et garde souvent le lit pour une bronchite tuberculeuse; à ce moment, tout délire a cessé; quand on lui parle de ses idées ambitieuses, il répond que c'était de l'imagination, qu'il avait l'esprit dérangé; il sourit en entendant rappeler ses titres imaginaires, sa

naissance princière, son immense fortune. « Il faut avouer, dit-il, que c'était assez amusant et distractif. » Il sort en décembre 1886, ne conservant plus d'idées délirantes.

Le malade suivant est un débile ayant présenté pendant l'enfance des préoccupations hypochondriaques bizarres : toujours il a cru à une atrophie imaginaire de ses organes génitaux. Très émotif, très scrupuleux, en proie depuis quelque temps à des idées obsédantes de jalousie, il en est arrivé récemment à un délire de persécution avec hallucination de l'ouïe, troubles de la sensibilité générale ; « on l'hypnotise, il a dans l'œsophage des voix transmises par fil téléphonique, on lui donne des idées, on le fait parler. » Il présente, en somme, le tableau complet du délire chronique à la 2e période, mais son délire a évolué rapidement, et, au moment de son transfert, il était très atténué.

Obs XXIII. — L... Auguste est âgé de 31 ans. Son père est mort hémiplégique 2 jours après une attaque, à l'âge de 67 ans. Un frère du père s'adonne à la boisson — Des 4 enfants du malade, l'aînée, âgée de 12 ans, apprend difficilement. — A l'âge de 7 ans, il fut l'objet d'outrage à la pudeur de la part d'un peintre, qui se faisait masturber par lui et ses camarades. Depuis, jusqu'à son mariage, il est resté onaniste. Il a toujours été sobre. Hypochondriaque dès l'enfance, il se plaignait d'éprouver dans la région de la nuque des douleurs qu'il ne calmait, dit-il, qu'en renversant la tête en arrière et qui seraient dues, d'après lui, à la décomposition de son cervelet. Il lit les livres de médecine, et, vers l'âge de 14 à 15 ans, il se figure avoir des imperfections des organes génitaux, il croit ceux-ci bien moins développés que chez les autres hommes (il deviendra père de 4 enfants sans que cette idée se modifie, elle persiste même encore). D'une grande émotivité, il est poursuivi par des scrupules ; il avoue à sa femme qu'il a eu des relations avec sa belle-sœur six mois après le mariage (ce secret lui pesait trop dit-il). Il est également tourmenté par des doutes : il voudrait pouvoir croire à Dieu, et bien qu'il communie et qu'il accomplisse tous ses devoirs religieux, il se demande s'il a bien la foi. Il croit que c'est à cause de ses rapports avec sa belle-sœur et de son manque de foi qu'il est malade.

Il travaille en compagnie de sa femme à confectionner des chaus-

sons de lisière. Son logis étant devenu trop petit (il venait d'avoir son quatrième enfant), il dut chercher à se loger ailleurs. Il est alors poursuivi par son ancien propriétaire pour paiement de quelques petites réparations, ce qui le tourmente beaucoup, à peine installé dans son nouveau logement, un locataire, sculpteur sans ouvrage, Victor, chargé par le propriétaire de quelques travaux, cherche à entrer en relations d'amitié avec lui. Victor lui demande de lui apprendre la fabrication des chaussons de lisière ; il refuse de peur que celui-ci ne lui fasse plus tard concurrence et aussi parce qu'il voit là un prétexte pour s'approcher de sa femme. Dès lors tout ce que fera Victor ravivera sa jalousie ; s'il va faire des réparations dans la chambre inoccupée au-dessus de chez lui, c'est pour l'espionner, c'est pour conter fleurette à sa femme. Il se figure que Victor a la verge plus grosse que lui, qu'il doit mieux plaire aux femmes. « Victor n'a pas l'air franc, dit-il, il vient chez lui en tapinois, veut se faire prêter un panier ; on n'emprunte pas un panier à un homme qui a quatre enfants ; lui qui n'a pas d'enfants aurait bien pu en acheter un. »

Enfin, si Victor est aimable avec lui et le premier à lui dire le bonjour, c'est pour cacher son jeu. Jaloux de son rival imaginaire, craignant que sa femme n'aille à lui s'il la délaisse, il pratique le coït avec exagération. D'abord celle-ci s'y prête, puis fait quelques difficultés, « c'est parce qu'il a la verge trop petite, pense-t-il. Victor est son amant. » Dès lors l'idée de Victor ne le quitte plus. Il l'accuse de l'avoir regardé par le trou des cabinets ; il l'a vu et a cru aussi l'entendre. A son plafond se trouvent de petites crevasses, dans sa chambre sont des trous pour les rideaux du lit (ces trous existaient avant son entrée dans la maison) ; il accuse Victor de les avoir percés pour l'écouter, pour voir ce qu'il fait ; il l'entend lui dire des injures par ces trous : « C'est par là qu'il donne des rendez-vous à sa femme, tandis que lui va vendre des chaussons de lisière. » Il s'imagine aussi qu'un de ses beaux-frères veut le tuer pour venger l'honneur de celui dont il avait séduit la femme. Enfin, il accuse Victor d'avoir entendu sa conversation au lit avec sa femme, lorsqu'il réclamait l'acte conjugal, de savoir qu'il est mal conformé, de passer son temps à l'appeler « cocu ». En octobre dernier, le logement voisin ayant été loué à une dame, il se figure que c'est Victor et la concierge qui ont loué « afin de donner le change à la police en cas de visite domiciliaire et de le faire passer pour fou, bon à interner, s'il venait dire qu'on le regardait et l'écoutait par les trous et fissures du plafond. » L'avant-veille de son arrivée au Dépôt, comme il appelait son enfant : « mon petit

Gaston », il crut reconnaître la voix de Mme Victor qui disait : « Tiens, il préfère celui-là », et, comme son petit garçon a un bouton à la fesse, il s'imagine qu'on veut insinuer par là qu'en l'absence de sa femme il a des rapports sexuels avec ses enfants ; alors il ouvre sa porte; et, dans un accès de fureur, il insulte Mme Victor. La nuit suivante il se figure que sa fille aînée, âgée de 12 ans, qu'on lui doit prochainement ramener, est enceinte (vengeance du beau-frère). Il s'entend appeler « criminel, assassin. « Enfin, la nuit qui précède sa venue au Dépôt est troublée par divers troubles hallucinatoires. Il s'imagine être devenu un sujet d'expériences pour une société de médecins qui lui font parler sa pensée par une voix imperceptible, laquelle lui vient de l'œsophage ou de l'estomac par une espèce de cornet ou de fil téléphonique. Alors il se lève et crie. Puis il lui semble entendre enfoncer des pieux et se figure que c'est la guillotine que l'on dresse, qu'on va l'y conduire à la place de Pranzini qui n'aurait pas été exécuté d'après lui. Il existe également des illusions de la vue.

A son arrivée à Sainte-Anne, encore sous l'impression des hallucinations de la nuit, il se demande anxieusement si ça tourne au tragique. Il croit voir la tête de sa belle-mère. Il lui semble qu'on lui insuffle une poudre qui lui donne un goût amer dans la bouche. Enfin son beau-frère lui ayant amené sa fille il croit l'entendre lui dire : « Je vais te faire cocu. je vais te tuer à coup de couteau, etc. », et une autre voix répondait « frappez » ; alors il saute à bas du lit, est pris de peur, se recouche, puis il lui semble que les médecins recommencent à le magnétiser et lui font dire des choses qu'il n'aurait pas voulu révéler. Ils l'hynoptisent. Bien qu'il cherche à le cacher, l'idée de Victor le préoccupe encore; mais moins tenace, elle ne s'impose plus aussi énergiquement à lui, et si on l'y poussait, il discuterait la réalité de ses accusations. Ce qui le fâche le plus, c'est la parole de Mme Victor, l'accusant d'avoir eu des relations avec ses enfants. (*Au bout de deux mois, le malade a pu quitter l'asile et reprendre son travail. Après un an de bonne santé, il est rentré en proie à un accès mélancolique avec délire hypochondriaque.*)

Nous allons examiner maintenant deux débiles chez lesquels nous voyons s'installer d'emblée des idées ambitieuses.

Obs. XXIV. — Le malade L..., âgé de 77 ans, entre à l'asile le 29 octobre 1888, pour la seconde fois ; la première entrée remon-

tait à mars 1882. Son père est mort à 82 ans ; il faisait quelquefois des excès de boissons.

Le malade est très affaibli intellectuellement, il comprend mal ce qu'on lui demande, y répond souvent de travers ; sa mémoire a beaucoup diminué ; il ne peut donner l'adresse de ses enfants. Il se souvient être venu trois fois à Paris, mais ne sait plus à quelle date. Chaque fois il est venu pour demander de l'argent à l'Empereur, à cause de l'épreuve qu'il a faite sur lui quand il est entré en place. Cela remonte, à son dire, à 36 ou 37 ans. « L'Empereur lui a pris son idée, il a tiré de lui une voix qui se répand partout dans le cœur du monde. Quand il pense quelque chose, on le sait partout, souvent on y répond et même de très loin. Ce sont les Malava de Tournon qui sont devenus Empereur. Plusieurs fois l'Empereur lui a envoyé de l'argent, dix-huit cent millions, dit-il, et il lui a fait cadeau de deux domaines près d'Annonay ; des gens d'Annonay le lui ont dit. « Cet argent a été pris par des individus qui se sont entendus avec le facteur pour garder les lettres. A plusieurs reprises il a écrit à l'Empereur ; ses lettres ont toujours été soustraites, il n'a jamais reçu de réponse. » Trois fois il est venu à Paris pour voir l'Empereur ; la première fois (il ne sait plus la date) on l'a mené chez le Président, mais il est resté dans l'escalier, il n'a pas osé monter. La seconde fois, en 1882, on l'a arrêté à l'Élysée et conduit à Sainte-Anne.

Dernièrement, enfin, il est venu d'Annonay à pied (tous les malades de son quartier sont venus avec lui, à ce qu'il dit) et on l'a arrêté dans les mêmes circonstances. Dans le quartier, l'autre jour, il disait que quelqu'un s'était servi de son nom pour toucher les dix-huit cent millions, il avait l'air de croire que ce quelqu'un était là, mais ne pouvait le désigner. Actuellement il demande à sortir ; il ira trouver l'Empereur et lui dira qu'il n'a pas reçu l'argent que celui-ci lui destinait et qu'il connaît les voleurs. Il lui réclamera les domaines dont on lui a fait don ; « ceux qui y sont les laissent aller au pillage ; s'il les lui donne, il ira y demeurer avec ses enfants. »

Obs. XXV. — Dupont J..., jardinier, 40 ans, entre à l'asile le 21 octobre 1887 ; son père, bûcheron, faisait fréquemment des excès de boissons, qu'il supportait d'ailleurs assez mal : « Nous sommes tous ainsi dans la famille. » Le père meurt à 61 ans. Mère hystéro-épileptique morte à 63 ans. Une sœur et trois frères : rien à signaler.

Instruction rudimentaire : sait à peine écrire son nom, ne sait

pas la multiplication bien qu'il soit allé à l'école jusqu'à l'âge de 7 ans et, plus tard, qu'il ait suivi durant 2 ans les cours de l'école du soir. Sobre, ne preud pas la goutte le matin. Aurait eu la fièvre typhoïde en 1870. Il y a 8 ans, à la suite d'un vol, il aurait cru avoir des ennemis et s'est excité pendant quelques iours. Il est jardinier depuis sa jeunesse. Il y a 20 ans, il connut, dit-il, au Vésinet, le médecin de Napoléon Ier. Il y a environ 12 à 15 ans, il crut tout à coup qu'il était devenu lui-même Napoléon Ier; mais comme il n'était alors que jardinier et garde dans un château, il n'accepta pas cette idée, « ne se trouvant pas dans une situation sociale assez élevée pour avoir droit à un tel titre. » Il se croit obligé depuis longtemps d'entrer dans les églises quand il voyage, et chaque fois il dépose dans le tronc 5 à six sous; c'est ainsi, affirme-t-il, qu'il aurait obtenu d'être Empereur. « Je me trouve autant obligé d'aller à l'église que forcé à manger. » Un jour il entendit dans une église, il y a 8 ans, la voix de Dieu qui lui disait : « Tu seras Empereur, Pape et Roi d'Angleterre. » Et quelques jours après, comme il était chez lui, il se sentit baptisé (il ne sait par qui) Innocent IV. (Innocent est un de ses prénoms). Il croit que c'était Notre-Seigneur descendu de ciel exprès, revenant de Jérusalem pour cela ; c'était donc son second baptême. Alors il crut que Paris lui offrait « le grade d'Empereur avec 15 millions d'augmentation. » Tout d'abord il ne voulait pas le croire, mais peu à peu cette idée se fixa dans son esprit. Il remplissait donc les fonctions d'Empereur sans quitter son métier de jardinier, « car, dit-il, je n'étais pas l'Empereur pour ne rien faire. » Même Empereur il veut continuer à travailler comme jardinier, et, malgré cela, assure-t-il, il fera bien la guerre, car ses plans sont faits, « ses plans ne sont pas minces. » En décembre 1886, un soir qu'il travaillait à ses plans de campagne, il fut baptisé pour la troisième fois par l'Empereur d'Allemagne, qui vérifia ses plans de guerre ; il ne le vit pas, mais l'entendit, et l'Empereur d'Allemagne le reconnait Roi de France en ces termes : « *Calabdome Hiscuce, Aristoloche Beltadome Viginite macarome,* » phrase qu'il répète sans se tromper plusieurs fois de suite. C'est connu de presque toute la Picardie. Il y avait alors des bruits de guerre dans les journaux et c'est pour diriger cette guerre qu'il s'était fait porter « Candidat Empereur. » Les campagnes, assure-t-il, et les villes votèrent alors pour lui. Et depuis il ne songea plus, dit-il, toutes les nuits, qu'à préparer ses plans. En mars, il avait toutefois encore peine à croire qu'il était Empereur, quand il se sentit attiré et appelé vers un calvaire voisin ; il y alla et prêta serment devant Dieu. Le mêm phénomène se reproduisit pour la seconde fois huit

jours après, il eut lieu encore en juin 1887, et cette fois il s'entendit par la voix de Dieu, proclamé Empereur pour l'éternité (60 ans), et assuré que sa famille lui succéderait. Il en éprouva un tel contentement que, craignant mourir, il ne vécut plus que de lait coupé d'eau pour se soutenir.

Le maire de Paris lui ayant envoyé son bulletin de vote pour lui dire qu'il était Empereur, et qu'on l'attendait pour le jeudi suivant aux Tuileries, il prit le train et s'est présenté aux Tuileries d'où on l'envoya chez le commissaire de police. Il lui en avait déjà coûté cher pour arriver à être Empereur; en janvier, il avait envoyé aux maires des communes voisines des bulletins sur lesquels il avait écrit de sa main : *Du..., candidax d'ampéreur*, et il avait pour timbres, papier et porteurs, paraît-il, dépensé quatre ou cinq cents francs. « Comme je suis adroit et cause bien, ajoute-t-il, il vient beaucoup de monde chez moi ; je n'ai qu'à laisser la porte ouverte, il en vient tout de suite. » En effet, il fut dévalisé plusieurs fois.

Enfin, la veille de son départ, il assure qu'on lui a pris le registre de ses plans de campagne. « Aujourd'hui, dit-il, c'est fini, on ne m'ôtera plus de la tête que je suis Napoléon. J'ai une tête excellente pour organiser les choses de la guerre, j'aime les soldats. » Il est l'élu de la France, et comme celle-ci lui a demandé des garanties, il fera hériter sa famille « du grade d'Empereur et de la Couronne. » Il se croit délégué de Dieu à cause de sa conduite et de son travail.

Le malade suivant est un déséquilibré, émotif, toujours considéré comme extravagant par ses camarades, quoique intelligent et instruit. Il a eu, il y a 5 ans, une période d'excitation qui le fit mettre en disponibilité; réintégré dans ses fonctions en 1888, il entendit peut-être quelques bavardages sur son compte et en peu de temps devint persécuté, halluciné. Quelques idées ambitieuses vinrent s'ajouter aux idées de persécution. Mais cet accès délirant a évolué d'une façon bien différente de la marche du délire chronique développé rapidement, il ne s'est pas prolongé au delà de quelques mois.

Obs. XXVI. — B... Joseph, âgé de 28 ans, entre à l'asile le 3 novembre 1888. Antécédents héréditaires: Renseignements très incomplets. Une tante paternelle est devenue folle a la suite d'une con-

trariété ; elle est aujourd'hui bien guérie. B... n'a jamais fait de maladie grave ; très vif, intelligent, il a montré beaucoup de goût pour l'étude. Ses collègues l'ont toujours connu bizarre, on l'appelait « B... le fou. » Il se montrait tantôt sombre, tantôt gai, sans raison apparente. « J'ai toujours eu, dit-il lui-même, un caractère inégal, se traduisant par la mélancolie, la contemplation. » Il avait un amour-propre exagéré ; « c'était une sensitive », dit un de ses amis. Très fier, ambitieux, il travaillait beaucoup pour arriver rapidement ; sa mémoire est extraordinaire, il répète, par exemple, les densités des corps sans la moindre erreur.

Il y a cinq ans environ, probablement à la suite d'une période d'excitation, il a été mis en disponibilité. Sa vanité l'a empêché d'en rien dire à sa famille et, pendant plusieurs années, il a « mangé de la vache enragée. » Enfin il est retourné de Paris à Grenoble à pied, ne voulant rien demander aux siens.

Réintégré dans ses fonctions en janvier 1888, il désirait revenir à Paris, où il gagnait davantage. Il y rentre en septembre ; quelques jours après son installation, il soupçonne un de ses collègues de médire de lui, de rappeler les métiers qu'il a dû faire pendant ses malheurs, de dire qu'il l'a vu mendier et, dans une lettre, il le menace des foudres de l'Administration. Bientôt ses soupçons se généralisent, il devient encore plus inquiet, énervé, comme il le disait lui-même, et on lui accorde quelques jours de repos. Dès son retour, de nouveau il soupçonne ses collègues, prétend qu'ils parlent de lui. Le 31 octobre, il raconte à un ami qu'il en a remis quelques-uns à leur place. Le soir ils vont à l'Opéra ; il est énervé, accuse ses voisins de parler de lui, de prononcer son nom ; à 11 heures il n'y tient plus et s'en va furieux. Le lendemain, exalté, méfiant, il va trouver son chef de bureau et lui dit qu'on s'acharne après lui, qu'on veut, le dénigrer pour le faire renvoyer de l'Administration. Le soir sur le bateau, sur les boulvards, partout on parle de lui. Le *Petit Journal* a publié un supplément fait exprès pour lui ; on y publie sa biographie et son portrait en chapeau haut de forme ; c'est l'œuvre de ses collègues qui veulent le dénigrer. Il cherche à se procurer ce numéro ; quand il arrive devant un kiosque, on dit : « Le voilà » et on ne veut pas le lui donner. Au café, il entend dire : « C'est lui, c'est B... » Il perd patience chaque fois et s'en va. Sur le boulevard il entend un couple parler de lui ; il les suit, s'assied à côté d'eux au café ; quand ils l'aperçoivent, ils ne disent plus rien. Sur un bateau, il rencontre la femme d'un employé supérieur de police ; elle lui dit qu'on le croit trop honnête, que le *Petit Journal* fait une campagne contre lui à propos du directeur général des Postes. Il recom-

mande à son ami de se procurer le journal ; avec cette pièce il veut obtenir des dommages et intérêts ; il parle de 200,000 fr. Le lendemain matin il raconte à la concierge qu'on est venu la nuit percer son plafond pour écouter ce qu'il dit. Il entendait, dans la chambre voisine, des gens apostés pour l'arrêter qui causaient tout haut ; lui-même parlait haut. Il prétend ensuite qu'on veut l'arrêter à propos d'un vol commis dans une église et fait des préparatifs de départ. Le lendemain, il va chez le commissaire porter plainte et se fait arrêter.

Il arrive à Sainte-Anne dans un état de grande surexcitation et soupçonne tout le monde de lui vouloir du mal, d'être les complices de ses adversaires. Il dit qu'on l'hypnotise. Il sait par suggestion, qu'un vol a été commis dans un tronc d'église et qu'on le fait filer depuis. Quand il passait dans la rue, on l'appelait : « Canaille, mendiant. » On disait, d'un air de mépris : « Ne regarde pas celui-là. » Quelquefois les paroles étaient sympathiques : « C'est une diffamation, il pourra se faire payer cher. » Le 13 novembre, il dit qu'on l'hypnotise ; on connaît sa pensée. On lui suggère de frapper et de se frapper lui-même ; on lui envoie des effluves magnétiques, il sent une volonté étrangère à laquelle il est obligé de se soumettre ; on lui envoie du chloroforme dans sa chambre ; on lui fait voir des monstres rouges, blancs, bleus. Le 19 novembre, il est un peu plus calme, mais toujours délirant ; il écrit au ministre de l'intérieur psur se plaindre de l'article diffamatoire du *Petit Journal* et aussi des individus qui l'internent et qui ne sont que des « hypnotiseurs, liseurs de pensée. » Quelques jours plus tard, il est encore plus calme, au moins en apparence et il se laisse presque convaincre de la nature maladive de ses sensations. Le 22 il comprend qu'il a été malade et qu'il va un peu mieux. Le 25, à la visite il s'emporte brusquement, en disant qu'il tuera un malade qu'il désigne ; on lui a dit cette nuit que sa tête tomberait ce matin, il pleure. Il est tout pâle, les traits profondément tirés, l'air très fatigué. Il dit qu'on l'a hynoptisé toute la nuit.

Depuis ce moment on l'isole, il reste excité jour et nuit. On l'entend souvent crier : « A l'hypnotiseur, à la fantasmagorie » et il fixe alors un point quelconque de sa cellule. Il passe alternativement de l'abattement avec craintes hypochondriaques à l'excitation avec grimaces, extension brusque des bras ou des jambes. A d'autres moments, après une période pendant laquelle il se sent mourir, il éclate brusquement d'un éclat de rire strident. Il a des hallucinations de la vue, tantôt effrayantes, tantôt presque agréables ; il regarde en extase le soleil qui passe, puis il devient mélancolique : « Le soleil

passe là-bas et la folie passe de l'autre côté, » etc. « Il gouvernait, dit-il, en riant le soleil. » La langue et les lèvres sont sèches; palpitations avec faux pas du cœur. Il semble être en proie à une multitude de troubles de la sensibilité qui éveillent en lui une série correspondante et incohérente d'idées délirantes. — 27 déc. Il est tranquille, raisonnable, et rit quand on lui parle de son délire : « Je m'étais mis ces idées-là dans la tête, mais j'en suis revenu. »

Les observations qui précèdent font ressortir l'importance de l'étude de l'évolution de la maladie et de l'état mental du sujet; bien mieux que les symptômes pris isolément, ce sont les véritables éléments du diagnostic et du pronostic. Comme les délirants chroniques typiques, notre dernier malade entendit des insultes, fut hynoptisé, eut quelques idées ambitieuses. Mais le début de la maladie avait été bien différent: il n'y avait pas eu de phase d'incubation qui rappelât la première période du délire chronique; en outre, quelques mois après, la bouffée délirante avait disparu et le malade, parfaitement guéri, riait des idées qu'il s'était faites. En résumé, là, comme dans les observations précédentes, antécédents héréditaires, antécédents personnels du malade, début, terminaison de l'accès délirant, tout vient montrer que, malgré des analogies symptomatiques superficielles, nous avons affaire à une espèce clinique bien différenciée du délire chronique.

ONZIÈME LEÇON

Diagnostic (*Suite*). Délire systématisé chez les dégénérés.

Sommaire. — Apparition possible du délire systématisé dès le jeune âge : sa persistance sans transformation.

Observation XXVII. — Délire ambitieux systématique, unique, fixe, installé dès l'enfance, sans tendance évolutive. Persécutée-persécutrice.

Observation XXVIII. — Dégénérescence mentale. Délire ambitieux systématisé. Hallucinations. Idées de persécution.

Observation XXIX. — Délire hypochondriaque fixe, bouffées ambitieuses, phases mélancoliques.

Observation XXX. — Alcoolisme chronique. Accès subaigu. Délire de persécution à systématisation rapide.

Dès le début de ces leçons sur le délire chronique, nous avons attiré votre attention sur deux particularités très dignes d'intérêt, à savoir: d'une part, l'apparition du délire chronique à l'âge adulte, et, d'autre part, son développement chez des sujets jusque-là indemnes de troubles psychopathiques. Chez les dégénérés, au contraire, et ce sont là des distinctions qui établissent entre eux et les malades du groupe précédent une ligne de démarcation très tranchée, le délire a, longtemps avant son éclosion, été précédé par des anomalies du caractère, des phénomènes émotifs, des lacunes intellectuelles et morales, parfois même des obsessions et des impulsions qui, dès le jeune âge, ont révélé leur déséquilibration mentale et fait pressentir l'apparition de troubles psychiques plus écla-

tants. Enfin, le délire lui-même se montre quelquefois d'une façon précoce : qu'il s'agisse d'une conception délirante à caractère ambitieux ou de toute autre forme, elle peut éclater dès l'enfance, à l'âge de 10 ou 12 ans, dénonçant ainsi, d'une manière indéniable, la dégénérescence héréditaire. Ces idées délirantes s'imposent à l'esprit du malade, restent les mêmes pendant une grande partie de l'existence et toujours sans aucune transformation, ce qui les sépare entièrement du délire chronique à évolution progressive. Ce sont là des idées obsédantes analogues aux obsessions ou aux impulsions qui s'installent de toutes pièces : car, si parfois le malade paraît les avoir créées à la suite d'un raisonnement plus ou moins plausible, le plus souvent, elles se sont installées sans préparation aucune, sans hallucinations, sans interprétations délirantes d'aucune sorte. Tel est le malade qui a fait l'objet d'une communication de M. Ball à la Société médico-psychologique : chez cet individu, qui prétendait devoir être pape, le délire ambitieux remontait à l'âge de huit ans. Tel est encore le cas d'une malade dont nous allons parler plus loin et chez laquelle un délire systématique ambitieux s'est installé dès l'enfance, indépendamment de troubles sensoriels. Sa conviction délirante a provoqué des réactions telles que la malade est devenue une véritable persécutée-persécutrice. Elle se range donc à la fois, et dans ce dernier groupe que nous connaissons déjà, et parmi les dégénérés à délire systématisé dont nous nous occupons.

Pour le délire de persécution il en est de même ; les idées délirantes se développent sans incubation préalable et telles elles naissent, telles elles restent, jusqu'à leur disparition, sans aucun changement. De sorte qu'ici encore, dans les cas difficiles, ce n'est que temporairement que l'héréditaire dégénéré peut être confondu avec le délirant chronique. Examinons les malades.

Dans l'observation suivante, nous verrons une femme chez

laquelle, dès l'enfance, s'est montré un délire ambitieux systématisé fixe, unique, sans aucune tendance évolutive. Persuadée que ceux dont elle porte le nom ne sont point ses parents et ont fait périr son père, entretenue dans sa conviction par d'incessantes interprétations délirantes, elle a réagi comme les persécutés-persécuteurs, sans délire systématisé, dont nous avons précédemment parlé. A 19 ans, elle écrit une lettre au Procureur de République. A 25 ans elle accuse son père de vol. Durant toute son existence, elle n'a cessé de poursuivre ses parents de sa haine, de les dénoncer à la justice : nombreuses lettres aux autorités, aux journaux ; elle suit sa mère dans la rue et finit, exaspérée, par tirer un coup de revolver sur son père pour attirer l'attention de la justice. Son délire repose tout entier, non sur des hallucinations, mais sur des faits mal interprétés par l'imagination maladive d'une jeune prédisposée ; les conceptions délirantes, installées sans contrôle, se sont profondément imprimées dans l'esprit de la malade, elles ont acquis une fixité inébranlable et ont été fortifiées chaque jour par des arguments nouveaux.

Obs. XXVII. — B... Marie, femme H..., âgée de 36 ans, vient de Saint-Lazare où elle a fait deux mois de prévention pour avoir tiré un coup de revolver sur son père. De taille moyenne, grasse, anémique, la malade ne présente pas de stigmates physiques de dégénérescence.

Son père, d'un caractère maussade, mélancolique, a fait depuis longtemps des abus de boissons. Paresseux et brutal, il battait sa femme pendant qu'elle était enceinte de la malade et se faisait entretenir par elle.

Un oncle paternel a eu trois enfants, dont une fille débauchée et un fils buveur. Grand'mère paternelle alcoolique, prostituée ; chantait dans les cabarets et se faisait ramasser ivre dans les rues. Le grand'père paternel, d'un caractère doux, se grisait avec un verre d'eau-de-vie. La mère, brave paysanne, sans instruction, serait restée quelque temps religieuse dans un couvent ; d'humeur assez gaie, elle n'aurait jamais éprouvé d'accidents nerveux ; toutefois, sa fille, dont les dires sont assurément sujets à caution, prétend qu'elle est

une femme « supérieurement méchante », paresseuse, buveuse. Parfois, à la suite de disputes, toujours d'après les dires de la malade, il lui est arrivé de tomber à terre sans connaissance, toute raide. Un feuilleton de journal la fait pleurer. Elle aurait accusé sa fille d'avoir des relations avec son père. Sa conduite serait déplorable : elle poussait sa fille à se prostituer en lui faisant fréquenter des femmes publiques. Un oncle maternel est ivrogne. Le grand'père maternel, très méchant, maltraitait sa femme; celle-ci, enfant trouvée, très irritable, émotive, pleurant facilement, avait des idées de suicide, parlait de se jeter dans un puits, aimait peu sa fille. Un des frères de la malade est mort de convulsions à l'âge de 5 ans.

B... Marie n'a pas eu d'autre maladie dans son enfance que la rougeole. Sa santé est bonne. A 6 ans, elle se livre à l'onanisme; on est obligé de lui mettre des menottes. A 10 ans, méchante, jalouse, dissipée, elle se montre très mauvaise écolière; on ne peut rien en faire. Réglée à 13 ans. Dès l'âge de 15 ans, elle commence à découcher, et quand on lui demande l'emploi de son temps, elle crie au secours! à l'assassin! A 16 ans, elle vagabonde avec un garçon de son âge dont elle gaspille l'argent. Essaye toutes sortes de métiers : tour à tour couturière, lingère, domestique, porteuse de pain, infirmière, se met facilement en colère, trépigne, arrache à sa mère des poignées de cheveux. Elle a uriné au lit jusque vers l'âge de 20 ans, malgré tous ses efforts pour éviter ces accidents. L'appétit sexuel semble avoir été très développé; elle se donnait à n'importe qui, soldats, balayeurs, saltimbanques. Très préoccupée de sa santé, elle a séjourné dans plusieurs hôpitaux.

Son délire, déjà très ancien, repose sur des interprétations fausses, sur des phrases ambiguës. La malade, dont la mémoire est excellente et la dialectique très exercée, discute et a réponse à tout; elle cite des dates, des adresses avec précision, pose des dilemnes, s'empare du fait le plus insignifiant, et sait l'approprier aux besoins de sa cause. Elle n'est pas la fille de l'homme dont elle porte le nom. Son père n'est autre que Mgr. de G., évêque d'Amiens, assassiné il y a une trentaine d'années. C'est sa mère et le nommé Bri..., qui passe pour son père, qui ont fait périr Mgr. de G. Elle est héritière d'une fortune dont sa mère veut la dépouiller; celle-ci a essayé maintes fois de la faire disparaître. Elle a appris tout cela, assure-t-elle, par « indiscrétions commises » devant elle; d'ailleurs, elle ne ressemble nullement au mari de sa mère. Vers l'âge de 5 ans, dit-elle, étant à l'église, elle vit l'évêque tourner la tête et rester comme « pétrifié » en apercevant sa mère. Il la regarda elle-même. Elle en fut frappée. Quelque temps après Mgr. de G, fut assassiné. L'homme

accusé du crime venait chez sa mère. On interrogea celle-ci, on lui demanda si elle était sortie le jour du crime; elle répond : non, mais l'enfant dit : oui. « Alors le sieur Bri... se cramponne à une chaise pour ne pas tomber à la renverse. Peu de temps après, son oncle dit : « Nous sommes arrivés trop tard, le testament était fait. Il faudra rendre à César ce qui appartient à César. — Oui, répond la mère, si elle ne meurt pas, c'est une mauvaise affaire pour nous. » Ces paroles sont pour elle une preuve irréfutable, l'aveu même du crime. Aux processions, ajoute-t-elle, elle portait une riche corbeille, munificence due aux générosités de l'évêque. A 7 ans, sa mère veut la faire mourir à petit feu. A 8 ans, on la place dans un couvent, elle tombe malade et croit que sa mère a donné l'ordre aux religieuses de se débarrasser d'elle. Elle affirme avoir eu déjà, à cet âge, la conviction que sa mère avait été la cause de l'assassinat de l'évêque. A 13 ans elle revient chez sa mère. Ses idées d'empoisonnement remontent à cette époque. Le cidre lui occasionne des vomissements; elle appréhendait de manger, croyant que sa mère voulait la faire disparaître et se privait volontairement de nourriture. Elle retenait des phrases significatives : « Que font-ils ? » disait l'oncle à sa mère. Il s'agissait des innocents condamnés pour l'assassinat. Un jour le curé, en la quittant, s'écria : « Pauvre enfant ! » La grand'mère dit un jour : « Le sang des innocents crie vengeance ! » Un jour (elle avait 14 ans), quelqu'un ayant demandé à sa mère si elle se rappelait de l'affaire, celle-ci lui lança un regard farouche. Depuis, elle n'a jamais revu cette personne et suppose qu'elle a été victime de son ndiscrétion. A 13 ans, elle souffrait de maux d'estomac, un médecin fut appelé. « Il se fit à lui-même cette réflexion : « Si j'essayais d'un contre-poison. » J'eus peur en songeant qu'on allait me donner un « contre-poison. » C'était sa mère qui l'empoisonnait, mais elle n'osait se plaindre parce qu'elle avait la perspective d'être étranglée si elle soufflait mot. Dix ans plus tard elle a été certaine de la réalité de cette tentative d'empoisonnement. Le médecin a cessé de faire partie du bureau de bienfaisance, sans doute pour ne pas être compromis. Étant au couvent, un jésuite vint la voir et lui demanda son nom : « Marie, » répondit-elle. — « Mais vous avez un autre nom ? — Oui, Bri... » Ce nom lui faisait l'effet, en le prononçant, « d'un charbon qui sortait de sa bouche. » Le jésuite reprit : « Souvenez-vous que vous vous appelez Bri... » Cela lui parut étrange. Elle pouvait donc porter un autre nom, et se souvint d'une conversation entre un paysan et sa mère : « Il y a du sang noble qui coule dans ses veines ! »

Ses idées de persécution, ses interprétations délirantes s'accen

tuaient chaque jour : « C'était bien drôle les grimaces que l'on faisait partout où je passais. Les personnes disaient quelques paroles à voix basse. J'entendais dire : « Ah ! vraiment ! » On me regardait comme une bête curieuse et on m'interrogeait pour me faire parler, tout simplement. » Une demoiselle s'occupe d'elle pour lui trouver un emploi : elle voit en elle une âme damnée des jésuites.

De 13 à 21 ans, elle reste chez sa mère ; celle-ci la poursuivait de sa haine. La nuit, elle venait guetter son sommeil. Elle approchait la lampe de son visage et disait à son mari : « Nous n'en avons pas pour longtemps ; nous en serons débarrassés. » Une nuit, elle a entendu dire : « Va donc la regarder..., c'est tout à fait lui sur son lit de mort ; ce que j'en fais, c'est pour m'habituer au grand coup. » Il était clair qu'il s'agissait de sa mort. A 19 ans, elle prend un amant et dépose une plainte contre sa mère, l'accusant de lui faire subir de mauvais traitements ; elle portait un couteau-poignard et répétait qu'elle le destinait à sa mère. A 25 ans, elle veut attirer l'attention de la justice sur celle-ci et l'accuse de faux et de vols. Un an après le mariage, son mari lui donne la syphilis. Ils font des dettes, sont arrêtés sous l'inculpation de vol, mais l'affaire, ou plutôt le complot monté contre elle n'aboutit pas ; ils sont tous les deux remis en liberté. Cependant, elle confie à son mari les préoccupations qui n'ont pas cessé de l'obséder depuis son enfance. Elle lui parle d'un héritage qui lui revient. Elle se promet de se venger une fois rentrée en possession de sa fortune. Elle fait écrire par son mari à des notaires et leur raconte l'histoire du *crime d'Amiens*. Sa mère essaye de nouveau à plusieurs reprises de l'empoisonner, aussi la malade va-t-elle l'épier tous les matins et, un jour, elle se jette sur elle, un couteau à la main. Il y a trois ans, elle quitte son mari, s'isole, fuyant toute fréquentation, vivant de peu. Pour se distraire, elle va pêcher à la ligne, restant sur la berge jusqu'à sept heures du soir. Depuis un an, elle est plus que jamais préoccupée par ses idées de spoliation, de haute naissance. Elle confie à son patron qu'elle est fille d'un évêque, qu'elle a un héritage colossal dont on veut la dépouiller. Des tendances agressives se manifestent. Elle raconte qu'on parlera d'elle, comme de Louise Michel. Elle a confiance dans son droit. Elle engage la lutte ; elle veut d'abord épuiser les moyens légaux, mais devant l'insuccès de ses tentatives elle se décidera à frapper un grand coup. Elle forcera la justice à s'occuper d'elle, et, s'armant d'un revolver, elle tirera sur B... Elle envoie d'abord à sa mère une lettre de douze pages dans laquelle elle lui reproche sa conduite ; puis elle l'accuse de nouveau de vols et de faux. Elle écrit au curé de son village, au maire, à la *Lanterne*, au Procureur de la

République, etc. Enfin, en décembre 1887, elle achète un revolver. Le 24 décembre, elle va chez son père lui réclamer des explications; à six heures du matin elle l'attend dans la rue; Bri... se fâche et lui dit qu'il aura raison d'elle. Elle le poursuit jusque dans l'atelier et, devant les ouvriers, lui rappelle le *crime d'Amiens* et lui reproche d'avoir fait guillotiner un innocent. Elle finit par se retirer. Mais elle l'attend le soir à la sortie et lui tire un coup de revolver, non pour le tuer, mais pour obliger la justice à faire une enquête.

A l'asile depuis un an, elle ne s'est par départie du plus grand calme. Comme au premier jour, elle est inébranlable dans ses convictions et, pleine de foi dans sa cause, elle réclame des juges et ne regrette pas l'acte qu'elle a commis. Jamais d'hallucinations ni de troubles de la sensibilité générale.

Le malade suivant est un dégénéré qui devient assez rapidement ambitieux; il se croit fils du roi de Hollande et attribue tous ses ennuis à des persécutions dues à ceux qui ont intérêt à le faire disparaître. Son délire, qui dure depuis cinq ans, est absolument coordonné et systématisé. Il se fait arrêter dans des circonstances assez curieuses: il emprunte 120 fr. à un jeune compatriote et lui fait un billet qu'il signe : « Prince d'Orange. » L'illusion de son créancier ne dura pas longtemps. Ce malade nous offre un exemple de ce que nous disions plus haut ; son délire nettement systématisé persiste sans modification.

Obs. XXVIII. — K... 42 ans, entre dans le service de l'admission, le 24 mars 1888, venant de Mazas, à la suite d'une ordonnance de non-lieu pour escroquerie. Nous venons de voir pour quel fait. K... est un épicier de Leyde. Il se souvient que lorsqu'il était enfant on le conduisait souvent à la cour, près de la Reine. Plus tard, il suivit ses classes jusqu'à 18 ans et reçut, dit-il, une bonne éducation ; il sait l'allemand, l'anglais et parle un peu le français. Il eut une fièvre typhoïde pendant l'enfance. A 18 ans, il entre à l'École militaire et y subit deux fois l'examen pour passer officier; on ne put le recevoir et on l'encouragea à faire du commerce. A l'Ecole, le fils aîné du roi venait souvent lui serrer la main. A cette époque il n'y ajoutait aucune importance. Entré dans le commerce, il y apprit la fabrication de la stéarine et, quelques années plus tard, put s'éta-

blir à son compte. A l'âge de 27 ans, il se maria, sa femme lui apportant une dot de 40,000 florins. Rien de particulier ne se produit usqu'en 1883. Le fils du roi était mort depuis quelques années, le jecond fils venait de mourir et le trône de Hollande restait sans héritier. C'est à ce moment qu'il a eu des doutes sur sa naissance, son origine et se crut le fils du roi; alors, par un retour en arrière, il fait l'examen rétrospectif de toute sa vie, relevant les moindres incidents qui pouvaient servir à édifier et à compléter son délire: sa présentation à la reine, étant tout enfant; les poignées de main du fils aîné du roi; les cadeaux du prince d'Orange. A ce moment on commença à le craindre et à le persécuter.

En 1883, pendant qu'il chantait à l'église, on vient lui apprendre brusquement que son fils était malade; il le trouve mort à son arrivée à la maison. Persuadé qu'on l'avait empoisonné, il fit faire une expertise et déposa une plainte, bien que le médecin lui affirmât que son fils était mort de mort naturelle. Il est actuellement certain que la gouvernante de l'enfant fut condamnée à 10 ans, mais qu'on ne lui en a rien dit pour ne pas le chagriner. Il fit à cette époque des dépenses exagérées, il acheta une grande maison de campagne, vécut largement. On croyait dans la famille qu'il avait gagné le gros lot d'une loterie; et rapidement il fit faillite. A ce moment on vendit sa maison de commerce. Sa femme et ses enfants le quittèrent et il resta seul avec deux gardiens, nouvelle preuve pour lui qu'on le craignait. Une nuit, il entendit ses chiens aboyer et heureusement, dit-il, il n'alla pas voir ce qu'il y avait, mais il sut que, s'il était sorti, on l'aurait tué à coups de fusil; c'était le fils du bourgmestre qui était venu pour l'assassiner. Une autre fois, il prit des pilules purgatives, il eut de violentes coliques et vit bien qu'on avait voulu l'empoisonner.

Dans les conversations il comprenait, partout où il allait, qu'il était l'objet d'un secret et, peu à peu, dans les rues de la Haye, au café, partout, il entendait: « Le voilà. » D'ailleurs, il était reçu chez le Ministre d'État; il fallait bien qu'il fût quelqu'un. Il s'adressa même au roi pour obtenir une audience. On lui persuada de venir à Paris pendant qu'on arrangerait ses affaires; il y vint en effet, en 1886 et, chaque mois, il touchait 100 francs au consulat de Hollande, ce qui prouve bien qu'on voulait le tenir éloigné. Il lisait les journaux, se tenait au courant des affaires de son pays; il sait, par exemple, qu'en l'absence d'un descendant mâle, le duché de Luxembourg passera au duc de Nassau et par là aux Allemands. Aussi le duc de Nassau veut-il le faire disparaître. Mais, que demain le roi de Hollande meure, il ne restera pas deux jours renfermé, des pa-

piers secrets seront ouverts, il sera reconnu et appelé à régner sur la Hollande. Il y aura pour lui des millions qui sont conservés par des familles catholiques depuis le roi Louis. Il ne tient d'ailleurs pas à tant d'honneurs, il voudrait simplement retourner dans sa patrie et revoir sa famille, mais on ne veut pas qu'il retourne, on n'oserait même pas le transférer dans un asile de Hollande, on aurait trop peur qu'il parle.

Le malade, dont l'observation suit, nous offre l'exemple d'un délire hypochondriaque systématisé depuis près de vingt ans. Ses idées hypochondriaques restent immuables et, de temps en temps, nous le voyons atteint de bouffées délirantes, tantôt mélancoliques, tantôt ambitieuses. Rien dans son délire n'est comparable à ce que l'on observe chez les délirants chroniques.

Obs. XXIX. — L... Auguste entre à l'asile le 27 juin 1881.

D'après sa femme, il est préoccupé de sa santé depuis 1868 ; il a vu différents médecins, suivi plusieurs traitements, mais ses craintes n'ont fait qu'empirer. L... a toujours été déséquilibré et cette déséquilibration se montre encore aujourd'hui à travers son délire. Il se croit atteint de carie des os, de dégénérescence calcaire et, depuis sept ans, son idée n'a pas changé un seul instant. Il interprète dans le sens de ses conceptions délirantes toutes ses sensations : « Mon palais est cassé, mon manger entre dans la mâchoire, ma colonne est cassée au milieu du dos et aux épaules, toute ma bouche se fend, on dirait que mon cerveau descend, j'ai une boule qui redescend dans les entrailles et j'ai une plaie qui s'ouvre sur la poitrine (il s'agit d'un furoncle) ; ça craque dans le cou, c'est l'os, tout est cassé dans les lèvres, dans la joue du côté droit. Les yeux communiquent avec les testicules, tout se détache derrière le dos, puis tout tombe comme une masse de chair. Derrière, l'œil s'est détaché, c'est comme un grand nerf qui part du centre et descend jusqu'à la verge ; ça se bifurque dans le bassin. » Il n'a plus d'atlas, sa colonne vertébrale est dessoudée, sa cuisse est brisée, ce sont les os qui se séparent. Il a un ulcère du maxillaire et il montre un dépôt assez considérable de tartre dentaire. Le jour où on lui enlève ce tartre, il est persuadé qu'on lui a fait une grande opération et affirme depuis qu'il n'a plus de maxillaire supérieur droit, etc., etc. Il a généralement l'allure courbée qui convient à sa situation et son inquiétude s'exagère

beaucoup à certains moments et ajoute des idées mélancoliques à des préoccupations hypochondriaques.

« La vie qu'il mène est bien triste, il n'en a plus pour longtemps, demain il n'y sera plus. C'est égal, il meurt bien tristement, repoussé par tout le monde, méprisé, il n'aura personne à son enterrement, et pourtant il n'a jamais fait de mal à personne et il a été trahi. Il a fait des dettes, c'est vrai, mais c'était pour le bien, on ne peut lui reprocher que trop de bonté. « Voyez-vous, monsieur, tout crève, ça me coule, c'est l'os qui est cassé, tout est brisé là-dedans. » L.. montre son bras, ses gencives, il rentre la tête dans les épaules, prend une attitude ankylosée pour ainsi dire, un air consterné, morne, et éteint son regard. Puis, soudain, il cesse cette mimique de la douleur endurée sans espoir et sans réaction, il se détend, quitte le ton dolent pour parler d'une voix nette : « C'est horrible, monsieur, tout ce qu'on dit de moi ; on dit que je suis un masturbateur, que j'ai violé ; mais, monsieur, je n'ai jamais eu de rapports avec mes élèves comme on le dit, je n'ai jamais séduit personne, je n'ai jamais embrassé une femme de force. Tenez, je puis bien vous le dire, je me suis touché quelquefois, mais à de larges intervalles et j'avais dix-huit ans. Je suis réservé sur ce sujet puisque depuis bien longtemps, plus de quinze ans, je n'ai pas touché mes organes. Pour uriner, je me déboutonne et je fais mon besoin les poings sur les hanches. Tout cela, après tout, ça m'est égal, mais ce qui me fait le plus de mal c'est d'être condamné à être fusillé comme déserteur. Je ne savais pas, moi, que j'étais dans le cas de désertion... On m'a condamné à mort parce que j'ai déshonoré la femme d'un capitaine : déserteur, je ne pouvais pas me marier avec la veuve d'un capitaine, mon mariage est nul, je suis excommunié, je suis repoussé de l'Église. C'est égal, je meurs bien tristement ; c'est l'impératrice qui veut que je sois fusillé, pour l'exemple, je l'entends dire partout, c'est le sujet des conversations dans l'asile. Prenez garde, monsieur, on vous veut du mal, il y a de méchantes gens ici. » Souvent, il parle de ses souffrances, mais il suffit généralement d'une distraction quelconque : lecture, discussion, appel d'un ami, pour le faire sortir de ses habitudes. Sa figure s'illumine, il se redresse et court où on l'appelle. A un certain moment, il consentit à donner des leçons de danse aux enfants et, dans l'exercice de ses nouvelles fonctions, il oubliait complètement ses douleurs.

Ce malade a été atteint cet hiver d'une bronchite assez intense ; il nous a été presque impossible de l'ausculter ; il chantait « Lucie » à tue-tête pour nous montrer qu'il avait de bons poumons et peu d'instants après nous faisait sentir la place de la sixième vertèbre cervi-

cale qui lui manque. Voici, d'après lui, les douze causes physiques de sa maladie :

Cinq attaques d'apoplexie, le sang lui montait à la tête. Plusieurs tentatives d'empoisonnement : un verre de belladone, 20 grammes d'arsenic et 2 grammes de laudanum. Excès de sueurs. — Causes intellectuelles : chagrins de commerce et de famille.

Depuis longtemps se montrent des bouffées ambitieuses très manifestes. Un article de journal, une lecture quelconque, suffisent pour qu'il se mette à écrire un projet de réforme financière, économique, politique ou religieuse. Quand il écrit ou discute, il part d'un point vrai ou faux d'où il déduit et déduit encore ; il remplace souvent l'idée par des termes ronflants et ampoulés, et se croit irréfutable. Son dossier renferme une foule de projets de réformes qu'il a envoyés aux ministres, au Conseil municipal, au directeur de Sainte-Anne, etc. Mais son idée de carie des os reste absolument fixe, tout argument contraire à son idée est sans effet. Tous les soirs, il fait ses adieux à ses camarades : c'est sa dernière nuit.

Jusqu'ici, nous voyons chez nos déséquilibrés le délire s'installer sans cause appréciable ; le malade que nous allons examiner fournira un exemple de prédisposé chez lequel les tendances maladives sont mises en éveil par une mauvaise hygiène. Des abus de boissons provoquent, en effet, un accès de délire alcoolique, après lequel surviennent des idées systématisées de persécution qui persistent pendant trois mois. Au début, la scène délirante est très étendue : ce sont des hallucinations multiples de la vue, de l'ouïe, des personnages actifs, des batailles, des victimes sanglantes, dont il n'a gardé qu'un souvenir confus; puis le délire se systématise et s'accompagne d'hallucinations de l'ouïe, de troubles de la sensibilité générale, d'idées de persécution et de craintes d'empoisonnement.

Obs. XXX. — L..., valet de chambre, est âgé de 47 ans. Sa grand'-tante maternelle, morte à 80 ans, a eu des attaques pendant toute son existence. Deux oncles maternels sont buveurs. Le père, ivrogne, est mort hydropique. Son frère aurait des crises d'épilepsie.

Quant à lui, il n'a pas eu de convulsions dans l'enfance ; il a fréquenté l'école jusqu'à onze ans ; il sait lire et écrire. Emotif, scrupuleux, il s'irritait violemment pour des motifs futiles. Successive-

ment valet de pied, soldat, puis valet de chambre, il est resté deux ans employé dans un cercle. Là, comme il avait droit à maintes consommations, que le vin était à discrétion, qu'il gagnait jusqu'à quatre cents francs par mois, il contracta des habitudes d'intempérance. Il pouvait alors, dit-il, boire impunément toute la journée ; il était seulement devenu très gros. Après avoir quitté le cercle, il se plaça comme valet de chambre. Il fit connaissance alors, chez un marchand de vins, d'un nommé C... Cet individu, auquel il avait prêté de l'argent, aurait, dit-il, subi nombre de condamnations pour filouterie, vols, etc. Il faisait partie de la « bande noire » et aurait acheté quarante fonds de marchand de vins sans jamais les payer. Quinze jours avant son entrée, il a été pris d'accidents alcooliques, d'hallucinations nocturnes pénibles, il ne dormait plus, des fils noirs passaient devant ses yeux, il apercevait un incendie, il voyait sur le balcon des gens armés qui voulaient l'assassiner. Ces hallucinations ont duré peu de jours, il était plus calme et paraissait convalescent de son accès de délire alcoolique, lorsqu'il s'est imaginé qu'une femme avait été assassinée dans la maison de son maître. Il prétend que C..., chenapan de la pire espèce, lui aurait demandé, quelques jours avant, si cette femme avait de l'argent, qu'il serait venu une heure avant lui dans la maison. Il s'imagine encore que sa maîtresse a été raconter partout ces assassinats et que tout le monde le soupçonne. Les chuchotements des uns et des autres lui ont fait connaître qu'on l'accuse d'avoir fait le coup ; il jure ses grands dieux et répète à chaque instant « qu'il a toujours été honnête, qu'il n'a jamais fait de mal à personne, qu'il est trop poltron pour cela, etc... » Il croit que l'on a profité de son absence pour passer le jugement de l'assassinat commis par C... sur son compte et qu'on l'a endormi avec toutes espèces de bouteilles et de médicaments qui l'ont rendu idiot. Les voix lui disaient : « Il y a un crime commis. » Il se demande alors : « Est-ce que l'on dirait que c'est moi » ? Cette phrase, comme une obsession, lui revenait sans cesse à l'esprit ; il se rend parfaitement compte que les voix qu'il entendait « n'étaient pas les voix du peuple », mais celles de rêves. On disait aussi : « Tu as assassiné ton maître pour le voler. » Depuis, convaincu que tous le considèrent comme un assassin, il croit qu'on le regarde avec curiosité, qu'on lui prépare le châtiment. Il n'ose parler à un infirmier et aux malades qui sont ici, qu'il croit reconnaître et qui se sont trouvés autrefois occupés chez les mêmes maîtres que lui. Un jour, il lit dans le *Petit Journal* un article sur la crémation, et comme sans cesse il croit qu'il va mourir, il a peur qu'on le brûle. « On lui a dit qu'on allait le mettre dans les fourneaux pour le faire crémer. » C'est une femme de Chaillot qui a dit : « C'est malheureux tout de même, il est condamné à la cré-

mation, c'est pour l'éternité. » C'est une crémation qui fait souffrir dans toute l'éternité. Il veut hâter la fin de ses tourments et va au-devant de la mort ; il se frappe la tête contre les murs et les angles des meubles, il se l'est frappée également avec un fer à repasser oublié à sa portée. Puisqu'il faut mourir, mieux vaut en finir tout de suite. A son arrivée à l'infirmerie de l'admission, il a cru qu'on voulait l'empoisonner et a refusé les aliments ; il leur trouvait, assure-t-il, un goût âcre, puis on avait l'air de dire de lui : « Ah ! il s'est figuré qu'on y mélangeait une poudre parce qu'il était assassin. Ici, c'est le dernier moment, et aujourd'hui c'est son dernier jour, ce sera pire qu'une exécution. » Il est convaincu d'être à Beaujon et reconnait, dit-il, les jardins.

Les idées de persécution vont toujours s'accentuant : « Vous m'avez fait venir, dit-il, dans votre cabinet, afin que les gens d'alentour puissent entendre ce que je dis. » Les malades refusent de lui parler parce qu'il est accusé d'assassinat ; les journaux parlent de son crime : on l'appelle saloperie. Il croit toujours que l'on met du poison dans ses aliments, il éprouve des « douleurs d'entrailles, des picotements, des tremblements. » « Je vois bien que c'est fini, dit-il avec tristesse, je vais y passer. »

De l'histoire des divers malades que nous venons d'examiner ressortent clairement les distinctions fondamentales qui séparent du délire chronique les délires des dégénérés, quelque varié que soit l'aspect sous lequel ces derniers se présentent. Qu'il s'agisse de conceptions ambitieuses implantées dès l'enfance et provoquant plus tard les réactions habituelles aux dégénérés persécuteurs (Obs XXVII) ; qu'il s'agisse d'un délire de persécution greffé sur un délire toxique (Obs. XXX) ; que l'on ait affaire à des convictions délirantes immuables durant toute l'existence, ou à des bouffées de délires polymorphes et fugaces, dans toutes nos observations nous trouvons, déjà avant l'éclosion du délire, les manifestations plus ou moins bruyantes d'un état psychopathique lié à l'hérédité pathologique, et, dans aucune d'elles, nous ne constatons rien qui ressemble à la marche toujours identique à elle-même, à la succession des quatre périodes du délire chronique à évolution systématique.

DOUZIÈME LEÇON

Considérations médico-légales. Traitement.

SOMMAIRE. — Importance de l'étude des délirants chroniques et des persécutés-persécuteurs au point de vue médico-légal. Les délirants chroniques, malgré leurs réticences et leur lucidité, soulèvent rarement de sérieuses difficultés. Leurs actes violents sont tantôt la conséquence de leurs idées de persécution, tantôt ils dépendent d'une hallucination. Irresponsabilité absolue de ces malades. Les persécutés-persécuteurs. Leur activité intellectuelle, leur lucidité, leur logique, l'absence d'hallucinations peuvent en imposer. Difficultés des expertises médico-légales les concernant. Nécessité d'une étude biopathologique entière des malades.

Observation XXXI. — Exemple d'un persécuteur homicide, intelligent, dressant une liste de coupables, qu'il condamne à des peines différentes. Il laisse le choix de la victime aux hasards d'une loterie. Accès maniaque passager.

Observation XXXII. — Persécuté-persécuteur. Tentative de meurtre.

Traitement. Séquestration. Règles hygiéniques.

Nous avons longuement insisté dans nos précédentes leçons sur les modes divers de réaction des différents malades que nous avons examinés ; nous avons vu de quelle fréquence étaient les actes violents par lesquels les délirants chroniques essayaient de mettre fin à leurs tourments imaginaires et combien ces manifestations agressives étaient, pour ainsi dire, fatales, quand les troubles sensoriels, par leur continuité, leur extension, rendaient intolérable la vie de ces malades. Nous avons fait remarquer la marche progressive de ces réactions, le sujet d'abord passif, cherchant à fuir ses en-

nemis, puis se défendant, se plaignant à tous ceux qu'il croit devoir le protéger (magistrats, députés, préfet de police), enfin lassé de voir ses démarches inutiles et l'audace de ses ennemis s'en accroître d'autant, s'armant, décidé à en finir.

« Je ne connais pas dit Tardieu, de fous plus abominablement dangereux que les hallucinés, qui répondent par un coup de couteau à une insulte imaginaire ou qui, de loin, déchargent une arme à feu sur un groupe où il croient que l'on parle d'eux en termes outrageants. »

Nous avons donné également des exemples de l'aveugle obstination avec laquelle les persécutés- persécuteurs, tourmentés sans relâche par l'idée obsédante d'un déni de justice, d'un préjudice causé, poursuivent ceux dont ils croient avoir à se plaindre. Tout entiers à leur vengeance, insensibles à toute autre considération, ils entreprennent une campagne acharnée : injures, écrits et affiches diffamatoires, dénonciations à la presse, menaces, actes violents, tentatives d'homicide, ils ne reculent devant aucun moyen pour satisfaire leur haine. Leurs échecs répétés, loin de les décourager, sont pour eux autant d'iniquités nouvelles qui ne font que les confirmer dans leur délire, autant de stimulants qui viennent aiguillonner leur activité maladive.

Tous ces malades, délirants chroniques, persécutés-persécuteurs, commettent donc très fréquemment des actes délictueux ou criminels qui nécessitent des expertises médico-légales destinées à mettre en lumière le caractère pathologique de l'acte incriminé et des mobiles qui ont poussé l'inculpé. Pour les uns, les délirants chroniques, il s'agit de montrer les rapports étroits du délit ou du crime avec un délire de longue durée, à troubles sensoriels prédominants ; pour les autres, les persécutés-persécuteurs, il faut reconstituer toute l'existence et faire voir dans leurs actes les réactions pathologiques d'un cerveau profondément déséquilibré. De ces dé-

monstrations se déduit, d'une façon légitime, l'irresponsabilité complète de tous ces sujets.

Cette tâche est loin d'être toujours facile, surtout quand il 'agit de persécutés-persécuteurs. Quant aux délirants chroniques, nous savons qu'ils peuvent longtemps conserver l'intégrité de leurs facultés syllogistiques; nous avons vu avec quelles apparences ils savent plaider pour leurs conceptions délirantes et quel degré de lucidité ils conservent malgré la persistance de troubles sensoriels parfois très actifs. Le soin avec lequel ils cachent souvent des idées délirantes depuis longtemps systématisées, leurs réticences quand il s'agit de dissimuler l'existence de leurs sensations maladives qui, ils le savent, seront interprétées comme des signes de folie, font que les malades, lorsqu'ils ont commis des actes violents, une tentative d'homicide, peuvent paraître, même aux yeux de ceux qui les entourent, non délirants et par suite, responsables.

Ce sont ces délires que l'ont désignait, il n'y a pas bien longtemps, sous le nom de délire partiel. « Les facultés, dit Tardieu, manifestement lésées sur un point, semblent conserver sur tous les autres une intégrité presque complète. C'est pour les fous de cette espèce, dit-il ailleurs, que l'expert rencontre malheureusement le plus de peine à faire prévaloir les données les plus positives de la science; c'est parmi eux que l'on compte ces exemples déplorables d'erreurs judiciaires qui ont conduit de pauvres malades jusqu'à l'échafaud. »

Cependant, en dépit de leur dissimulation, le médecin arrivera toujours à mettre en évidence d'une façon irréfutable le caractère pathologique de leurs actes; il pourra démontrer que tel individu dont l'intelligence semble intacte, et qui a rempli jusque dans les derniers jours ses occupations habituelles, est un halluciné chez lequel un délire déjà ancien s'est systématisé. Il pourra reconstituer la marche du délire et montrer le malade après une période d'incubation entrant dans la période

de persécution et construisant plus ou moins silencieusement son roman délirant; il pourra constater d'une façon évidente l'existence des hallucinations de l'ouïe et des autres sens, des troubles de la sensibilité générale et montrer l'étroite relation qui existe entre les faits incriminés et les phénomènes hallucinatoires.

Sur ces données certaines, il affirmera, avec la nature de la maladie, l'irresponsabilité du prévenu. La responsabilité de ces malades est diversement jugée dans les différents pays; c'est ainsi qu'en Angleterre, les actes de l'aliéné ont été longtemps jugés comme le seraient ceux de l'homme sain, placé dans des conditions identiques à celles où les conceptions délirantes mettent le malade. Si l'halluciné donnait un soufflet ou un coup de poing pour une injure supposée, il était acquitté parce qu'un homme sain d'esprit aurait agi de même pour une insulte réelle; mais si la gravité de l'acte du malade dépassait celle de l'offense, s'il tuait, par exemple, celui qui l'injuriait, on le condamnait, c'était un criminel. C'était là une manière de juger peu logique, car on ne peut admettre des portions d'aliénés; l'individu est fou ou il ne l'est pas; s'il est fou, il est irresponsable; ainsi en a jugé Tardieu qui a résumé son avis avec beaucoup de netteté: « L'expert devra, avant tout, s'attacher à dégager l'idée fixe, la fausse conception prédominante qui dirige et explique les actes de l'aliéné. Pour peu qu'il apporte dans l'examen une attention suffisante, il reconnaîtra qu'il n'existe chez ces malades ni lésion de la volonté, ni impulsion homicide, au vrai sens du mot; mais, au contraire, que le raisonnement persiste parfois avec une force singulière, avec cette particularité que, s'appliquant aux idées les plus fausses, ou conduit par les hallucinations et les illusions des sens, il enfante des déductions, à la fois logiques et insensées, et par suite les actes les plus violents et les plus regrettables. A tous les degrés et dans tous les cas, de tels aliénés sont irresponsables et le

médecin peut et doit, en toute sécurité de conscience, s'efforcer de les soustraire à des verdicts de condamnation qui atteindraient non des criminels mais des malades dignes de pitié. »

En effet, avec quelque art que soit préparé le crime, et quelle que soit la logique avec laquelle le malade le justifie, malgré la préméditation indéniable, le délirant chronique ne peut d'aucune façon être déclaré responsable. Non seulement le délire lui-même, avec ses idées de persécution et la couleur pénible qu'il emprunte aux illusions et aux hallucinations, entraîne une irresponsabilité absolue pour les actes auxquels il a conduit le malade ; mais, parfois, à cette cause peut s'en ajouter une plus prochaine en quelque sorte : c'est le trouble sensoriel qui intervient à chaque instant comme une invitation très active aux agressions. L'aliéné, déjà préparé par la nature même de son délire, par ses préoccupations, par les craintes continuelles qu'il a pour son existence, est stimulé par l'hallucination et se trouve ainsi doublement porté aux plus dangereuses réactions.

Legrand du Saulle (*Le délire des persécutions*, 1871) avait cru devoir admettre des degrés différents de responsabilité. Cette interprétation s'explique par ce fait qu'il comprenait, comme Lasègue, dans son délire des persécutions des formes mentales très diverses. Si des difficultés médico-légales peuvent parfois se présenter à propos des délirants chroniques, elles se montrent bien plus considérables, bien plus délicates à résoudre, quand il s'agit des persécutés-persécuteurs, qui sont, de tous les aliénés, ceux qui donnent lieu aux controverses les plus longues, parfois même aux plus vives polémiques. Chez ces malades, les troubles morbides revêtent un caractère spécial, une marche sans analogue dans les autres formes mentales. Leurs allures raisonnantes, leur physionomie particulière, si différente de celles des autres aliénés, peuvent en imposer à un examen superficiel et faire croire à de simples

états passionnels. Tandis que, chez le délirant chronique, le phénomène pathologique capital, l'hallucination, ne peut, par son évidence, laisser planer aucun doute sur le caractère morbide des actes du malade, ceux-ci étant d'ailleurs parfois sous la dépendance étroite d'une hallucination de l'ouïe, tandis que l'histoire d'une maladie à évolution caractéristique; à symptômes si nets, survenue à l'âge adulte chez un individu sans passé cérébral, vient entraîner la conviction, il n'en est plus de même chez le persécuté-persécuteur, dont le délire n'est que l'exagération du caractère antérieur, chez un individu toujours mal équilibré. Il n'y a pas, comme chez le délirant chronique, deux parts dans sa vie : une première souvent longue, dans laquelle aucun trouble psychique n'est survenu, une seconde avec des symptômes maladifs et une marche caractéristique. Chez le persécuté-persécuteur, faire l'histoire de la maladie, c'est faire celle du malade. Le délirant chronique, parfois, fait partager son délire à ceux qui vivent avec lui ; le persécuté-persécuteur peut encore bien plus facilement communiquer ses convictions délirantes. Il s'est fait le combattant du droit, il a souffert et lutté seul contre les tribunaux, les médecins, les autorités, et toutes ses batailles, tous ses échecs n'ont fait qu'augmenter son désir de vengeance. Son attitude d'opprimé que l'adversité n'a pas abattu lui conquiert des sympathies, ses infortunes émeuvent bien des gens, en même temps que son activité intellectuelle, la dialectique avec laquelle il soutient ses revendications, l'absence de tout trouble sensoriel, entraînent la conviction de certains. Tandis que la contagion pour le délirant chronique se limite aux proches, pour le persécuté-persécuteur elle rayonne bien au delà et le malade trouve des défenseurs dans la presse, dans le public. On comprend les difficultés de tout genre avec lesquelles se trouve aux prises le médecin expert dans l'examen de ces malades. Ce sont ces obstacles qui expliquent que

l'utile mesure d'un internement intervienne seulement alors, comme le dit Krafft-Ebing, « que les malades ont gaspillé tout leur avoir, fatigué les tribunaux de leurs poursuites sans relâche, troublé l'ordre public, détruit le respect de la loi, fait partager leur délire à leurs proches, et même s'être vengé par un meurtre de leurs ennemis. »

Pour arriver, malgré la persistance chez ces malades, de certaines facultés — mémoire, logique, activité intellectuelle — à démontrer la nature pathologique des sentiments qui les animent et des actes auxquels ils sont conduits, il faudra reconstituer l'histoire entière du sujet, qui révèlera un état pyschopathique congénital. L'étude de ses antécédents héréditaires fera pressentir un dégénéré ; celle de ses antécédents personnels le montrera avec sa déséquilibration, avec les lacunes d'une intelligence brillante parfois par certains côtés, avec les anomalies et les contradictions de son caractère. Bien qu'empruntant quelques traits aux fous moraux, quelques autres aux maniaques raisonnants, le persécuteur se séparera cependant de ces malades par des différences très tranchées qui le feront classer dans le groupe si homogène que nous avons étudié. L'examen des faits invoqués par le malade, faits souvent grossis ou dénaturés, les réactions complètement hors de proportion que ceux-ci ont provoquées, l'opiniâtreté aveugle avec laquelle il poursuit ses revendications, sans qu'aucune considération puisse l'arrêter, les arguments qu'il emploie à les justifier et qui portent la marque d'une logique subtile mais faussée, le caractère obsédant de ses conceptions, ses menaces, ses calomnies, réservées d'abord à ceux dont il se dit la victime, puis s'étendant à tous ceux qui ne partagent pas son délire ; enfin les actes d'extrême violence devant lesquels il ne recule pas, sont autant d'actions portant la marque d'une déséquilibration mentale qui va sans cesse grandissante.

Avant de terminer, donnons encore deux exemples de cette

forme clinique si intéressante. Il s'agit d'abord d'un malade du service que nous avons été appelés à examiner avec MM. Brouardel et Motet.

Ce malade avait fait une tentative d'homicide sur un haut personnage politique. C'est un très beau type de persécuté-persécuteur. Il en a la déséliquibration mentale, l'orgueil démesuré, les lacunes morales, l'activité aussi désordonnée que stérile, l'égoïsme profond. D'une intelligence développée, d'une activité sans cesse en éveil, il vit dans un état permanent d'excitation intellectuelle. Il fait des dupes, vit d'expédients, se lance dans les entreprises les plus diverses, tantôt fabriquant de limes, tantôt s'occupant de modes; pendant un temps son imagination travaille à la recherche d'inventions nouvelles ; il découvre plus d'un procédé nouveau, entre autres un nouveau mode de fabrication des vitraux. Plus tard, il s'improvise chimiste et invente, dit-il, une substance explosible à laquelle il n'est pas de forteresse qui puisse résister. Il s'occupe également de questions sociales, travaille à un dictionnaire de synonymes, compose des pièces de vers, de pamphlets. Malgré cette suractivité intellectuelle que son instabilité rend inféconde, il mène une vie misérablé. Dans la situation difficile où il s'est laissé tomber, il rend responsables ceux qui sont à la tête du gouvernement des déboires et des échecs qui ne sont imputables qu'à son organisation mentale défectueuse. En novembre 1887 survient l'événement qui va faire de cet homme toujours mal pondéré un aliéné très dangerereux. Condamné à nn mois de prison par la 11e chambre, il s'écrie : « On entendra parler de moi », et réagissant comme il avait vécu, en déséquilibré, il s'improvise justicier et se prépare à faire un exemple éclatant.

Il était alors fatigué par un labeur prolongé et aussi débilité par une alimentation insuffisante. Il profère des menaces de mort contre le Président de la 11e chambre, et bientôt, entraîné par les vives polémiques de presse de cette époque, il se lance dans la politique. Il rêve une vengeance retentissante : tous ceux dont il croit avoir à se plaindre, tous ceux que ses idées politiques lui désignent comme nuisibles au bien du pays, doivent être punis. Pesant la responsabilité de chacun, il fera quatre catégories de victimes : 19 ont été choisies ; trois sont condamnées à mort : 2 politiques et une personnelle, 4 recevront des blessures très graves, 7 des blessures plus ou moins graves, et enfin 5 des blessures légères ; et comme une seule victime doit payer pour toutes, il fera une loterie dans laquelle il donnera à chacun un nombre de numéros en rapport avec le degré de culpa-

bilité qu'il lui attribue. Il prépare ainsi 122 bulletins : l'un en a 13, l'autre 4. M. X... en a 18; M. Y..., 10 ; un juge d'instruction, 6 ; le général F..., 6, etc. Je condamne le misérable D..., le faux témoin, le voleur, le faussaire, à avoir les deux pattes cassées au genou et le W..., recéleur, faussaire et calomniateur ingrat, à subir la même peine avec 8 numéros au chapeau pour D... et 6 numéros pour W... La fille L... et la M... étant d'un autre sexe je les méprise. »

Et pour expliquer cette justice sommaire, A... se livre au travail le plus étrange, il fait la biographie de chacune de ses victimes et termine chacune d'elles par la condamnation dont il la frappe : Encore un qui ira dans mon chapeau avec dix numéros ; il paiera son iniquité par une patte cassée au genou, ce sera sa récompense. » Magistrats, avocats, avoués, notaires, députés, ministres comparaissent à son tribunal. Il n'y a plus que lui d'honnête, de juste.

Il explique avec complaisance les avantages de ce qu'il appelle sa justice sommaire : « Et vous ne trouvez pas que cette loterie ainsi combinée ne soit cent fois plus salutaire, plus logique, plus morale et plus réconfortante, plus juste et autrement expéditive et efficace que la justice si souvent boiteuse et injuste ? Voilà ce qui est ma justice sommaire, comparez et soyez certains qu'avant peu, au lieu de la faire passer pour folle, tous les gens sensés aimant la vraie justice la trouveront sensée et morale. J'aurai des imitateurs, soyez-en sûrs... Tuer un chien enragé, n'est-ce pas pour le moins supprimer dix mille chiens enragés prêts à se lancer sur l'humanité ? »

Le 17 novembre il écrit : « J'ai tiré aujourd'hui ma loterie, c'est X... qui a gagné, j'en suis enchanté, il est sorti. C'est la mouche venimeuse, le frelon chrysalide du choléra morbus prêt à se transformer et à s'envoler, reine d'un essaim d'aigrefins prêt à fondre sur notre pauvre France, essaim dont les innombrables piqûres vont nous inoculer un fléau bien autrement violent que cette peste. Et dire qu'il va falloir que ce soit moi, le pauvre inventeur ridiculisé, moi tant de fois conspué, pillé, calomnié, diffamé, failli, ruiné, condamné à la prison pour chantage (sic), moi Pygmée, dire que c'est à moi que vient déchoir la noble tâche de supprimer X..., le fléau, d'en délivrer la France !! J'ai sorti son numéro de mon chapeau, c'est vraiment trop de chance après tant de gros malheurs immérités, et ma vie peut bien payer une telle récompense. » Au moment de l'élection présidentielle, son exaltation va grandissant : il cherche à se rendre à Versailles, afin de tuer M. X..., s'il avait été élu.

Il raconte volontiers la scène du Palais Bourbon : « Le 19 décembre, le moment psychologique était venu ; j'avais préparé mon petit

piège, la carte d'H... ; j'arrive à la Chambre, je lui pose mon lapin et tire dessus. J'étais plein de sang-froid, je ne bronche pas. Je tire un second coup, quelqu'un me saute dessus. Je lui dis : Est-ce que je tire sur les comparses, « crétin » ? Un journaliste était là qui prétendait avoir sauvé le bandit, je lui ai crié : Vous êtes une oie, vous n'avez rien sauvé du tout. »

Au cours de l'instruction, A... fut pris au Dépôt d'un accès maniaque aigu accompagné d'hallucinations qui dura cinq jours et disparut sans laisser de traces.

Pendant son séjour à Mazas, il est préoccupé avant tout par les travaux importants qu'il a en tête. Il avoue aux experts qu'il a besoin de compléter sa série d'ouvrages. Il faut pour lui que la question politique et la question humanitaire soient réunies ensemble. Il traitera successivement de l'éducation des garçons, de l'éducation des filles, sujet bien autrement important à son avis, et enfin du père et de la mère. Pour cela il lui faut du temps : « Faites-moi condamner demande-t-il, j'ai besoin de dix ans de travail. Si un jury imbécile m'acquittait je recommencerais. Je dis ce que je pense. Je ne cache pas ma manière de voir. J'ai agi avec préméditation et puis, d'ailleurs, il est nécessaire que je sois enfermé pour que mon pamphlet fasse son chemin, sans que le gouvernement se trouve compromis. Si j'étais libre quand il sera publié, il y aurait une question A... Il ne faut pas qu'on m'acquitte, ni pour moi (je commence par moi, je suis égoïste), ni pour eux, ni pour la société. Ce serait l'histoire du vitriol. La première femme qui a jeté du vitriol à son amant a été acquittée, la seconde aussi, la troisième aussi : moi je recommencerais. »

A l'asile, il est tranquille, s'occupe à rédiger des pamphlets contre Bismarck, auquel sa haine s'est actuellement attachée, travaille sans relâche à des questions polititiques, sociales, veut proposer de nouvelles armes, de nouveaux plans stratégiques.

L'activité intellectuelle de ce malade, sa lucidité d'esprit, l'habileté avec laquelle il a prémédité et accompli sa tentative d'homicide auraient pu faire hésiter, mais l'examen approfondi de cette existence, dont tous les actes révèlent un déséquilibré, ses oppositions et ses contradictions incessantes, cette obsession de vengeance qui le poursuit, cette liste des victimes qu'il dresse en mettant le nom d'un homme d'Etat à côté de celui de l'expert en écriture qui l'a déclaré insolvable, de l'avocat qui a plaidé contre lui, du magistrat qui l'a reconnu coupable, de l'ouvrier typographe qui l'a fait poursuivre, de sa belle-mère dont il prétend avoir à se plaindre, ces verdicts qu'il rend, cette échelle de peines, cette loterie, ce choix de

la victime laissé au hasard, dénotent bien les troubles profonds de son intelligence et le caractère maladif de ses actes.

Nous allons examiner encore un persécuté-persécuteur arrêté à la suite d'une tentative de meurtre sur l'un de ses ennemis imaginaires ; chargé de l'examen médico-légal de cet inculpé, je vous le ferai connaître par le rapport à la suite duquel une ordonnance de non-lieu a été prononcée et le malade envoyé à l'asile.

Je soussigné, médecin en chef l'asile à Sainte-Anne, commis le 5 janvier 1889, par une ordonnance de M. Emile Levasseur, juge d'instruction près le tribunal de 1re instance de la Seine, à l'effet de constater l'état mental du nommé J. Etienne, âgé de 32 ans, employé au Bureau des titres du chemin de fer de l'Ouest, inculpé de blessures volontaires sur la personne de M. S..., employé au même bureau; après avoir prêté serment, pris connaissance des pièces de l'instruction, recueilli tous les renseignements de nature à m'éclairer et visité à diverses reprises le sieur J..., ai consigné dans le présent rapport le résultat de mon examen.

Le sieur J..., est inculpé de blessures volontaires sur M. S... Les conditions dans lesquelles cette agression s'est produite, les faits révélés dès le début de l'instruction étaient de nature à motiver l'examen de l'état mental de l'inculpé. Pour se faire une idée juste du mobile de cet acte, il est nécessaire de remonter aux antécédents et de voir si dans le passé de J... on ne trouve pas des déviations du caractère, des idées et des sentiments dont la détermination fournirait une base solide d'appréciation. Une sœur de J..., âgée de 21 ans, présente des accidents hystériques, elle éprouve des troubles de la sensibilité générale, une sensation de boule qui du ventre remonte au cou, du serrement à la gorge; elle a des rires et des pleurs involontaires, et sous l'influence d'une émotion, elle est prise de tremblement dans les bras et les jambes. Pendant la nuit, elle a parfois des hallucinations : elle voit des têtes, des objets colorés qui passent devant ses yeux. Une deuxième sœur, âgée de 25 ans, est mariée, elle est d'une santé un peu faible sans présenter toutefois de crises nerveuses. Le père était employé au chemin de fer, et serait mort après avoir avalé, *par mégarde, dit-on,* un liquide corrosif. La mère, d'un caractère irritable, se serait parfois trouvée mal. Quant à lui, il a quitté l'école à 14 ans pour entrer comme clerc dans une

étude d'avoué jusqu'à 16 ans, puis il a été chargé d'une tenue de livres pendant un an; il est entré ensuite au chemin de fer de l'Ouest dans le bureau des titres, s'acquittant assez bien de sa tâche, mais vivant à l'écart, ne frayant pas avec ses camarades, toujours sombre, soucieux, ne montrant ni l'entrain ni la gaîté des garçons de son âge; méticuleux, irritable, il se mettait facilement en colère pour des motifs futiles. A 26 ans, il a eu un eczéma dont il se préoccupait vivement, ce qui a augmenté ses tendances à la tristesse. Depuis 2 ans, il devient plus casanier, ne fréquente plus ses camarades, refuse même d'aller se promener avec sa sœur. Il se plaint, à diverses reprises, de douleurs dans les jambes, qu'on attribue à des rhumatismes.

Dès le commencement de 1887, il demande à sa mère et à sa sœur si on les suit dans les rues, si elles ont remarqué les gens qui stationnent devant la maison. Il raconte que des individus le suivent, qu'ils font faction de l'autre côté du trottoir, épient tout ce qui se passe chez eux. Quand il rentre, ils se placent souvent deux à l'entrée de la porte, ils se croisent pour lui barrer le passage et l'obliger à les écarter. D'autres regardent la montre et le fixent ensuite pour bien lui démontrer qu'ils l'observent. Vers le mois de septembre, aux illusions s'ajoutent des hallucinations, il entend des injures dans la rue ; on lui dit : « Cochon, salop, sale paltoquet » ; ce sont quelquefois des passants qui parlent entre eux, sans avoir l'air de le regarder; d'autres fois c'est un individu seul qui continue son chemin tout en l'injuriant. Des femmes viennent également dans la maison chez des voisins pour se moquer de lui et l'exaspérer. Quand sa mère ou sa sœur cherchent à lui persuader qu'il se trompe, qu'il y a dans la rue plusieurs hôtels meublés et qu'il est tout naturel que de nombreuses personnes s'arrêtent sur le trottoir, il se récrie, affirme avoir bien remarqué ces individus et s'adressant à sa mère : « Tu n'y vois pas bien clair, lui dit-il, tu n'y vois pas. » Comme toutes ces vexations continuent, il prend la résolution de quitter le quartier et de déménager. Pour dépister ses ennemis il veut aller jusqu'au Point-du-Jour, chercher un autre logement. Il va avec sa mère voir des appartements et le jour où ils ont fait le choix de leur nouvelle demeure, il aperçoit dans la gare d'Auteuil un monsieur âgé, à tête blanche, respectable, qui regarde sa montre et le fixe. Quelques jours après, il voit le même vieillard stationner rue Boursault ; il craint, dit-il, qu'on ait découvert son nouveau domicile. Toutefois, après le déménagement, il a quelques jours de repos, puis tout recommence ; il aperçoit des individus qui le suivent ; on l'injurie de nouveau, et quand il prend le train pour venir à Paris, presque tous les jours,

il lui arrive des aventures désagréables : tantôt, quoiqu'il se blottisse dans un coin, des individus en montant lui marchent sur les pieds; d'autres fois, les voyageurs le bousculent en s'asseyant sur la banquette ; d'autres fois, des fumeurs lui lancent des bouffées de tabac sur le visage.

Telles sont les persécutions imaginaires, les injures auxquelles il se croit en butte, telles sont aussi les interprétations délirantes qui faisaient naître les incidents les plus insignifiants. Toutes ces *vexations*, toutes ces *singeries* étaient, d'après lui, l'œuvre d'un de ses camarades de bureau, M. R..., d'accord en cela, ajoute-t-il, d'après ce que je suppose et ce que j'ai vu, avec M. S..., employé également au bureau des titres. M. R... était jaloux parce qu'il n'avait pu occuper la place que j'occupe, dit J..., et il avait imaginé toutes ces misères pour me tourmenter, me donner un caractère détestable et finir par me faire renvoyer ; il s'entendait avec une agence qui, moyennant finance, mettait tous ces individus à mes trousses et me faisait filer ; on avait aussi envoyé à l'administration, croyait-il, des lettres calomnieuses contre lui.

Sous l'influence de ces conceptions délirantes, il se décide à porter plainte à son chef de bureau, M. C..., puis il va, accompagné de sa mère, auprès de M. C..., contrôleur. Ses chefs de service s'efforcent de le rassurer, de lui persuader qu'il se trompe ; ils lui affirment qu'ils n'ont reçu aucune lettre malveillante contre lui, que tout le monde, au contraire, l'estime et que, du reste, les appointements de ses collègues n'auraient jamais pu suffire à payer les agents si nombreux qui le tourmentaient, que tout cela n'était que le produit de son imagination. Comme J... ne s'était jusque-là laissé aller à aucune espèce de violence, de menace contre personne, qu'aucun de ses camarades ne s'était plaint, on pensa a une indisposition passagère et il put continuer son travail, on lui confia même un poste assez délicat où les employés, en rapport avec le public, doivent souvent s'armer de patience. J..., tout entier à ses préoccupations pénibles, ne pouvait être froissé que par des faits ou des gestes insignifiants qu'il interprétait à sa manière. Quant aux exigences de sa profession, au travail de son bureau, il n'en éprouvait aucun souci, il n'en ressentait aucune fatigue et il s'acquittait ponctuellement de ses nouvelles fonctions. Toutefois, les démarches qu'il venait de faire auprès de ses chefs et qui n'avaient abouti qu'à lui procurer des conseils bienveillants, et, pour tout autre que lui, la démonstration évidente qu'il se trompait, ne pouvaient le satisfaire, car il continuait, disait-il, à se voir l'objet de poursuites incessantes, de machinations de toutes sortes. Dans les rues, à la

gare, au Point-du-Jour, partout il continuait à rencontrer ses persécuteurs. Il en éprouvait une profonde irritation qu'il faisait tous ses efforts pour contenir, sans en rien laisser paraître dans son bureau. Cette lutte incessante pour refouler sa colère l'exaspérait. Depuis quelques mois il était plus silencieux, plus sombre que d'habitude, il éprouvait une céphalalgie qui s'était aggravée à la suite de la chute, sur sa tête, d'une lampe placée sur l'étagère de son bureau et qu'un chat avait renversée; ses nuits étaient mauvaises, il n'avait plus de repos. Le 27 décembre, il emporte le matin, en sortant, un revolver qu'il tenait de son père et qui depuis fort longtemps était à la maison, il achète des cartouches en passant rue St-Lazare, il s'installe à son bureau, se hâte de faire le travail le plus pressé, puis, vers 2 heures, il arme son revolver, s'avance vers la table de son collègue S..., et, sans lui adresser la parole, il décharge sur lui plusieurs coups de son arme. Immédiatement arrêté, il répond aux questions qu'on lui adresse : « Il y a longtemps que cela durait, il était temps que cela finisse. » Interrogé quelques instants après par M. A..., commissaire de police, il lui dit : « C'était pour me venger de lui et des vexations qu'il me fait subir depuis le mois d'octobre, avec M. R..., un autre employé qui, de concert, à ce que je crois, ont fait écrire des lettres anonymes par une agence à la Compagnie, dans le but de me faire renvoyer de la place que j'occupe et que le sieur R... avait convoitée pour lui. J'ai acheté ce matin seulement dans la rue St-Lazare les cartouches qui ont armé mon revolver ; quant à l'arme, je l'ai depuis plus de 15 ans. Si j'ai tiré sur M. S..., c'est que je n'avais pas sous la main M. R... auquel je destinais principalement les coups qui ont atteint M. S... ; M. R... était le principal auteur des machinations ourdies contre moi. » M. S..., blessé à la tête et au bras, répond : « Vers deux heures, le sieur J... s'est approché de moi, j'écrivais à mon bureau. Il ne m'a dit aucune parole. Je n'ai eu aucune discussion avec lui. Tout à coup, il a tiré sur moi, à bout portant, jusqu'à ce que son revolver ait été désarmé. » D'autre part, MM. T... et C..., employés dans le même bureau, racontent que jamais J... n'avaient eu de discussions avec M. S..., qu'il s'est levé sans rien dire, s'est approché et a tiré. A Mazas, J... est tranquille ; ses ennemis n'ont pas pu, dit-il, le poursuivre en prison ; personne ne le tourmente ici. Il n'a pas de regrets de sa tentative de meurtre, et il reste convaincu de la réalité de ses persécutions imaginaires.

De ce qui précède, nous pensons devoir déduire les conclusions suivantes: 1· J... est un déséquilibré qui a toujours eu des tendances mélancoliques. 2· Depuis 2 ans, des illusions, des hallucinations

et des idées de persécution ont été le point de départ d'interprétations délirantes sur les faits les plus insignifiants, et ont fait naître dans l'esprit de J... la conviction maladive que MM. R... et S... étaient les promoteurs des persécutions imaginaires dont il se plaint.
3· J... a obéi exclusivement à un délire de persécution lorsqu'il a déchargé son revolver sur M. S... Il n'est pas responsable de cet acte.
4· J... conserve actuellement les mêmes idées délirantes; c'est un aliéné dangereux dont la place est dans un asile où il pourra être traité et surveillé.

Avons-nous besoin de dire, Messieurs, que le traitement du délire chronique est purement symptomatique, qu'il n'y a pas un traitement spécial, pas de médicament indiqué d'avance. Il faut d'abord ne point nuire au malade; il faut se garder des modes thérapeutiques qui, dans le but de décongestionner le cerveau, ne font que débiliter le patient et fournir un aliment à ses préoccupations pénibles. Tel est l'emploi des purgatifs, du tartre stibié, des douches données d'une façon systématique et dans les derniers temps encore de la trépanation.

On a employé la méthode de Hiffelsheim pour combattre les hallucinations. On soumettait les malades à un courant voltaïque faible, continu, permanent, dont les pôles étaient constamment appliqués aux oreilles du malade. L'appareil lui-même se composait d'une série de petites piles réunies en couronne et qui devaient entourer la tête comme une ceinture; on le laissait en place pendant plusieurs semaines, et le courant électrique traversait la masse encéphalique dans son épaisseur; cet apppareil était peu commode; de plus, il fallait le mouiller, toutes les deux heures, avec de l'eau salée ou acidulée. Ce moyen expérimenté à la Salpêtrière, dans le service de M. Baillarger ne donna pas les résultats heureux que quelques faits favorables avaient tout d'abord permis d'espérer.

Moreau (de Tours) a proposé de combattre les hallucinations par les agents thérapeutiques qui, comme le datura stramonium

et le haschisch, provoquent des hallucinations ; c'est une application de la méthode substitutive ; ce savant praticien espérait remplacer les hallucinations spontanées par d'autres provoquées et faciles à faire disparaître par la suppression du médicament ; cette méthode a donné au début quelques bons résultats ; mais l'observation ultérieure n'est pas venue confirmer son efficacité ; résultat qu'on pouvait prévoir *a priori*, car l'alcool, qui provoque, lui aussi des hallucinations, rend plus actives celles du délire chronique.

L'arsenic, préconisé par M. Lisle, ne guérit pas davantage les hallucinations ; il donne des résultats satisfaisants quand la médication arsenicale est indiquée par l'état général.

En résumé, nous ne possédons point de médication spécifique et les indications doivent être cherchées dans l'état du malade, c'est-à-dire que chaque sujet réclame son traitement particulier. Il y a cependant quelques règles d'hygiène qui conviennent à tous les sujets. Vous savez qu'assez souvent ces aliénés, poursuivis par l'idée d'empoisonnement, se nourrissent mal, d'une façon insuffisante et irrégulière ; qu'ils prennent quelquefois des aliments d'une digestion difficile et provoquent ainsi des troubles digestifs, lesquels, à leur tour, sont causes de délire. Il faut donc conseiller la plus stricte régularité des repas ; faites prendre, autant que possible les viandes grillées et rôties ; proscrivez les aliments de digestion difficile, les sauces, les mets trop épicés ; qu'on s'abstienne d'alcool, de liqueurs et de cafés ; ordonnez une courte promenade après chaque repas ; en un mot, facilitez le travail de la digestion, évitez tous les malaises, et vous éloignerez ainsi des occasions de délire. On ne doit pas craindre d'entrer dans ces détails de la vie de chaque jour, ils ont une importance que vous apprécierez quand vous aurez à donner vos soins à ces aliénés.

Les toniques, le fer, le quinquina, etc., d'autres fois les

alcalins sont employés avec avantage, mais, je le répète, les diverses médications puisent leurs indications spéciales non dans les caractères du délire, mais bien dans l'état général du sujet, et elles doivent donc varier suivant le malade.

On voit quelquefois dans le cours du délire chronique survenir de l'excitation avec une activité plus grande des troubles sensoriels et du délire. Pendant ces épisodes, dont l'intensité reste au-dessous de l'accès maniaque, on emploie avec profit les sels bromurés et les bains tièdes simples ou alcalins.

Schüle conseille l'usage de l'opium (injections de morphine) pour favoriser le retour du calme intellectuel. Il emploie le bromure de potassium, l'électrisation, l'hydrothérapie, contre les troubles de la sensibilité. Krafft-Ebing conseille également l'emploi de la morphine.

Le changement de milieu produit le plus souvent une rémission, de courte durée d'ailleurs, dans les troubles sensoriels. Les voyages, les déménagements des malades, sont d'ordinaire suivis d'une phase de tranquillité. La séquestration est de même habituellement suivie d'une rémission : elle a en outre le double avantage de placer le délirant chronique et le persécuté-persécuteur à l'abri des causes d'excitation qu'ils rencontrent au dehors et de mettre obstacle à leurs agressions. Elle constitue ainsi une mesure qui sauvegarde à la fois leur propre intérêt et assure la sécurité publique.

CINQUIÈME PARTIE

Manie. — États maniaques dans les diverses formes mentales.

LEÇONS CLINIQUES

SUR

LA MANIE

PREMIÈRE LEÇON

Manie simple.

SOMMAIRE. — Tous les états maniaques sont d'abord confondus et décrits ensemble : Arétée, Willis, Vieussens, Sauvages. — Pinel (1802) donne une description plus précise de la manie dont l'étude se complète successivement avec Esquirol, Baillarger, Marcé, Schüle, Krafft-Ebing et surtout Mendel.

La manie est une forme, un élément simple de la folie. Elle s'accompagne de l'exaltation des centres corticaux, d'une suractivité cérébrale extrême. « *Tout au dehors* » est la formule du maniaque. L'anatomie et la physiologie de la couche corticale rendent compte de l'apparition rapide des images et de l'accélération dans le cours des idées. — Pas de modifications sensibles dans les fonctions organiques. -- L'accélération du pouls et de la respiration sont en rapport avec le degré d'agitation. -- Les accès de fureur maniaque ont disparu avec la suppression de la camisole de force.

Observation I. — Pendant trois jours, phénomènes généraux, troubles digestifs, légère exaltation, bavardage ; le cinquième jour, excitation, loquacité, cris, mouvements désordonnés. Entrée à l'asile le septième jour en plein accès maniaque. D'abord continue, l'agitation offre des oscillations et des arrêts qui le dernier mois s'accusent de plus en plus pour aboutir au calme définitif.

Observation II. — Deux accès de manie séparés par un intervalle de dix mois. Dans le cours du second accès, décroissance de l'agitation pendant l'évolution d'un ictère catarrhal.

Messieurs,

La manie que nous avons classée parmi les éléments simples de la folie, est avec la mélancolie, l'affection mentale dont

l'entité clinique est le plus universellement admise. Quelles que soient les opinions qu'ils professent au sujet de sa cause, et de sa pathogénie, les différents auteurs admettent au moins une forme simple de cette vésanie, la *manie franche aiguë*. Si, d'autre part, les auteurs sont divisés en ce qui regarde les formes plus complexes de cette maladie, son évolution, ses transformations et son pronostic, il faut reconnaître que, même dans ces cas, les contestations soulevées sont loin d'avoir passionné les esprits autant que les autres questions de psychiatrie, tels que le délire chronique et la folie héréditaire.

Les maniaques ont une attitude spéciale qui est la note symptomatique dominante de leur histoire. Aussi devaient-ils attirer l'attention des premiers médecins, à l'aurore même de l'étude des maladies mentales. La manie est, en effet, connue depuis la plus haute antiquité. Les médecins grecs, et beaucoup d'autres après eux, ne connaissaient guère que les manifestations extérieures, visibles, palpables en quelque sorte de la folie, aussi les traces de descriptions cliniques que l'on rencontre dans leurs écrits ne sont-elles relatives, qu'aux états mélancoliques et aux états maniaques, ceux-ci désignant la folie avec manifestation bruyante, tapageuse, désordonnée. Arétée, le premier, donne une description assez exacte de la manie, mais il y noie tous les états maniaques, qu'il ne sépare pas nettement de la manie simple.

Jusqu'au moyen âge, la situation reste la même. C'est l'époque où les médecins ne décrivent plus ce qu'ils ont sous les yeux, mais l'interprètent avec des théories humorales, basées sur une physiologie tout à fait rudimentaire. Le moyen âge, l'époque des préjugés, des superstitions par excellence, n'ajoute que peu de chose à l'histoire de la manie ; il n'en est même pas question à titre d'entité clinique, mais elle est mélangée intimement, à titre symptomatique, aux manifesta-

tions bruyantes de l'hystérie, qui, à ce moment, fixent surtout l'attention.

Il nous faut arriver à Pinel 1802 pour voir naître la manie. Citons, pour mémoire avant lui les noms de Willis, de Vieussens, de Sauvages et nous aurons indiqué en peu de mots les étapes parcourues par l'histoire de la manie.

Depuis Pinel jusqu'à nos jours cette maladie a été l'objet d'un grand nombre de descriptions, mais les auteurs, encore trop visiblement préoccupés de la notion de symptômes plutôt que de la notion d'entité, étendent trop son cadre, dans lequel ils font entrer beaucoup d'états maniaques secondaires. Ce cadre tend à se limiter de plus en plus avec les progrès de nos connaissances cliniques. Beaucoup de cas, considérés à tort comme des manies simples rentrent dans les autres formes mentales. Les différentes définitions de la manie données par les auteurs sont le reflet de cette confusion.

Pour Pinel la manie est marquée au physique comme au moral par une vive excitation nerveuse, par la lésion d'une ou plusieurs fonctions de l'entendement avec des émotions gaies ou tristes, extravagantes ou furieuses.

Esquirol (1818) définit la manie une affection cérébrale chronique, ordinairement sans fièvre, caractérisée par la perturbation et l'exaltation de la sensibilité, de l'intelligence et de la volonté. Pour lui, dans la manie, le désordre des facultés intellectuelles entraîne le délire des passions et des déterminations ; les phénomènes morbides sont le résultat du bouleversement des éléments de l'intelligence. Par opposition, la mélancolie est le délire des passions entraînant celui de l'intelligence ; les phénomènes morbides sont l'expression du désordre des affections. « La manie, dit Baillarger est caractérisée par une surexcitation générale et permanente des facultés intellectuelles et morales. »

Plus tard, Marcé définit la manie : un délire général qui

s'accompagne d'excitation, de conceptions délirantes et d'hallucinations. Il décrit trois états : la manie sub-aiguë c'est l'excitation maniaque ; la *manie type*, et la *manie suraiguë* avec *délire aigu*. Que faut-il penser de ces subdivisions ? La manie qu'il décrit comme manie ordinaire doit être considérée comme le type le plus habituel du groupe. Mais l'excitation peut être beaucoup plus légère, comme elle peut aussi être beaucoup plus intense, d'où résultent pour lui de nouvelles formes de manie. Bien que séparées par de sérieuses différences, elles peuvent être logiquement envisagées, au point de vue nosologique, comme les degrés extrêmes et opposés d'un même état morbide. Sans doute, entre les deux formes extrêmes de l'état maniaque ordinaire il existe de grandes différences, mais l'élément morbide primitif est le même, c'est *l'excitation,* et l'on peut sans inconvénient, les rapprocher dans une même description. Tous les jours, on voit un accès de manie débuter par un état suraigu qui se calme au bout de quelques jours, et laisse après lui un état maniaque ordinaire, tandis que la convalescence est quelquefois signalée par une simple excitation maniaque, sans délire, qui cesse peu à peu, en sorte que ces trois degrés de la maladie s'observent à des périodes diverses chez le même individu.

Schüle, Krafft-Ebing ont sur la manie une opinion à peu près analogue. Pour Schüle, c'est un état mental dont l'anomalie consiste dans une rapidité extrême des idées, transformation rapide de ces idées en actes, humeur gaie, changeante avec cette même rapidité. Pour Krafft-Ebing, l'état prédominant, c'est l'expansion, s'accompagnant d'une plus grande facilité dans l'accomplissement des actes psychiques pouvant aller jusqu'au désordre complet dans la région psycho-motrice.

L'un et l'autre admettent un premier groupe de manie, *manie simple,* qu'ils rangent parmi les *psychonévroses*. Les manies simples présentent deux degrés suivant leur intensité:

l'exaltation maniaque, et la *manie ordinaire ou aiguë.* Mais tandis que Schüle, dans sa première édition, appelait *Tobsücht* l'exaltation maniaque, qu'il désigne aujourd'hui sous le nom de *mania mitis* (douce), Krafft-Ebing réserve ce nom de *Tobsücht* à la manie aiguë. D'autre part ils admettent tous deux un deuxième groupe de manies qu'ils rangent à part dans les *cérébropsychoses*, ou *cérébropathies* (Krafft-Ebing). Ce sont les manies graves répondant à notre manie suraiguë et au délire aigu. Dans ces cas, à l'excitation cérébrale à caractère maniaque viennent se surajouter des symptômes corporels, en rapport avec l'affection organique du cerveau (arachnitis de Bayle). Dans ce groupe, dit Schüle, la conscience est absolument anéantie, le courant des idées fait place au délire.

Enfin Mendel, en 1881, a fait paraître un travail complet sur la manie, et il la définit : une maladie fonctionnelle du cerveau, caractérisée par l'accélération maladive du cours des représentations, ainsi que par l'augmentation maladive de l'excitabilité des centres moteurs.

Pour nous, ce qui domine dans la manie, c'est une suractivité cérébrale extrême, c'est l'exaltation de tous les centres corticaux, aussi bien des centres supérieurs situés en avant, que de ceux de la région postérieure, où se trouvent déposées les images acquises par nos sens ; la zone psycho-motrice n'échappe pas à cet éréthisme général. Toutes les portes sont grand'ouvertes pour projeter au dehors les images, les souvenirs, les mouvements, qu'ils répondent à des appétits ou à des sentiments, qu'ils soient les manifestations des idées ou le résultat d'un besoin purement automatique. *Tout au dehors* : telle est la formule du maniaque.

Des principales opinions qui ont été émises sur la manie, il résulte que l'on admet généralement, sous ce nom, une forme déterminée de maladies mentales, et que, si certaines

variétés de manies donnent lieu à des discussions, tout le monde est d'accord pour admettre une manie type, franche, essentielle, véritable entité morbide et clinique, celle dans l'étude de laquelle nous allons maintenant entrer.

Manie simple. On peut considérer dans l'évolution de la maladie, trois stades successifs : 1° *Un stade de début ou initial* ; 2° *un stade d'excitation* ; 3° *un stade de déclin.*

Le stade de début est parfois très court, tellement que l'accès maniaque semble débuter brusquement. A la suite d'une vive émotion, perte d'un parent, perte d'argent, rupture d'un mariage ; à la suite d'excès vénériens ou alcooliques, on voit au bout de quelques heures, tout au plus au bout d'un jour ou deux, survenir le stade d'exaltation dans toute son intensité.

Mais plus souvent, il existe une période prémonitoire très tranchée, indiquant très nettement que l'on a affaire à une maladie somatique et non pas seulement à un simple trouble des idées. Il y a d'abord de la dépression des forces, un sentiment de lassitude générale, d'impuissance, de l'abattement, de la douleur de tête. Le sommeil fait défaut, ou bien il est léger, fugace, entrecoupé par des rêves ou des cauchemars. Puis les malades deviennent impatients, irritables, déploient une activité excessive, contrastant avec des moments de dépression pendant lesquels ils restent sombres, préoccupés d'eux-mêmes. Peu à peu la dépression disparaît et l'excitation intellectuelle s'accroît. Le sommeil et l'appétit deviennent meilleurs ; les malades se laissent entraîner à des excès de boissons, de femmes ; ils sont sans cesse en mouvement, se montrent loquaces, exubérants ; ils se déclarent vigoureux et bien portants. L'exaltation augmente de proche en proche et l'accès éclate.

Concurremment, se produisent des troubles du côté du tube digestif : inappétence, soif vive ; la bouche est pâteuse,

la langue est saburrale. Quelquefois il y a des vomissements, des douleurs intestinales, de la diarrhée. Au moment où le deuxième stade éclate, tout malaise disparaît et l'on voit l'appétit renaître, poussé parfois jusqu'à la gloutonnerie.

Pour bien comprendre les phénomènes qui se déroulent dans le *deuxième stade* de la manie, et pour bien saisir l'activité et le mécanisme des troubles fonctionnels, il est bon de rappeler en quelques mots suivant quel mode le sujet normal arrive à la connaissance du monde extérieur. Soit un objet quelconque, une orange par exemple ; le sujet mis en rapport avec cet objet va bientôt, au moyen de ses sens, avoir la connaissance parfaite de ses propriétés organoleptiques. Par la vue, il en appréciera la couleur, la forme, les divers aspects de la surface. Le toucher lui en fera connaître la consistance, le poids, les rugosités et les contours. Le goût et l'odorat lui feront découvrir à leur tour, dans ce fruit, deux qualités essentielles, la saveur et l'odeur. Ainsi, par la mise en jeu, successive d'abord, puis synergique de ses différents sens, l'homme acquiert progressivement toutes les notions relatives au monde extérieur.

Toutes ces sensations deviennent autant d'images tactiles, visuelles, olfactives, gustatives, qui sont recueillies et déposées dans des centres corticaux disséminés à la périphérie de l'encéphale. Ces différents centres sont associés les uns aux autres par des fibres *d'association*, qui permettent une communication facile et rapide entre eux. Ces fibres permettent l'association par la pensée de deux ou plusieurs sensations de nature différente, éveillées simultanément par une seule excitation. Lorsqu'une sensation déterminée, odeur, saveur, vient frapper son centre particulier, cette nouvelle image suscite immédiatement le souvenir de toutes les autres propriétés organoleptiques du corps et leurs images correspondantes. Dans le cas particulier, la vue de l'orange éveille en nous

immédiatement la notion de sa consistance, de son odeur, de sa saveur, etc.; inversement, l'odeur d'une orange va nous rappeler à l'instant, sa forme, sa couleur, son goût, etc.

Dans la manie, cette faculté de reproduire des séries d'images se rattachant à un même objet est développée à un degré extrême. Il y a plus encore ; les associations d'images sont absolument enchevêtrées ensemble ; une propriété organoleptique quelconque, prise au hasard, un son, une odeur, éveille immédiatement des séries d'images nouvelles se rapportant à cette propriété, et, comme les associations des idées sont extrêmement rapides, on voit, par exemple, la couleur *rouge*, ou le mot *rouge*, éveiller immédiatement des séries d'idées enchaînées logiquement entre elles ; le malade parlera de pantalon rouge, de soldats, d'armes, de batailles, etc.

Ces considérations rendent un compte très exact de l'incohérence du maniaque, incohérence qui n'a rien d'absolu, et qui n'est qu'apparente. Ce travail intérieur indiqué par Falret père, ce travail de la pensée, caractérisé par des associations extrêmement rapides des idées, est, suivant le degré d'excitation intellectuelle, parfois plus rapide que sa manifestation extérieure. C'est alors qu'on note le degré d'incohérence le plus absolu. Dans le premier cas, on entend encore des séries de phrases, ou des membres de phrases, dont la liaison est reconnaissable ; dans le dernier cas, ce ne sont plus que des successions de mots absolument inintelligibles : langage véritablement *télégraphique*.

Mais répétons-le, l'incohérence, si profonde qu'elle soit, n'est jamais qu'apparente. On peut quelquefois, à travers les idées divergentes, disparates, mutilées, et les mots entrecoupés, elliptiques, pleins de réticences qui abondent dans les phrases hachées, constater un signe qui met sur la trace de leur ordre de succession. Il existe dans les pensées des ma-

lades un ordre caché qu'il faut rechercher, et qu'une observation approfondie fait souvent découvrir.

Le désordre est complet en apparence, mais il est possible de le faire cesser momentanément, de manière à démasquer cette apparence, en suspendant brusquement la suractivité du travail intellectuel. Vient-on à adresser au malade une question brusque, rapide, mais très nette et très précise, on voit très souvent, presque aussitôt, celui-ci suspendre son débit et répondre d'une manière juste et raisonnable. Mais, dans le même instant, une impression, un souvenir, une simple consonnance, la vue d'un objet quelconque suffisent pour changer la direction de sa pensée. Si l'on réitère la même question, il répond d'une manière toute différente et même tout à fait opposée. Le maniaque en effet, est l'homme du moment ; tout est superficiel, rien n'est profond ; l'attention, la réflexion ne s'exercent à aucun degré ; le moindre incident, le moindre mot, le moindre geste, la présence ou le passage d'une personne quelconque deviennent matière à une série d'idées, bientôt remplacées par des idées nouvelles, n'ayant pas une cause plus importante.

Chaque faculté intellectuelle contribue pour sa part à ce désordre de l'intelligence. Les facultés productives : la mémoire, l'association des idées, l'imagination se trouvent démésurément surexictées au dépens des facultés de jugement et de réflexion. La mémoire rappelle à l'esprit une foule de faits qui semblaient oubliés ; des souvenirs très lointains, incapables d'être évoqués en temps ordinaire, sont rafraichis sans difficulté ; l'imagination acquiert une telle activité que les malades paraissent plus intelligents. Les pensées sont enchaînées naturellement, logiquement, bien qu'énoncées avec une exaltation et une volubilité maladives.

Il arrive que l'attitude du sujet se modifie sous l'influence d'hallucinations qui se produisent quelquefois comme consé-

quence de la suractivité des centres cérébraux, et sous l'influence surtout d'illusions des sens, qui sont, elles, extrêmement fréquentes. On voit alors les conceptions devenir presque exclusivement délirantes, et, au milieu du chaos des idées, on voit prédominer telle ou telle séries d'idées qui donne au délire maniaque sa couleur particulière (idées religieuses, érotiques, ambitieuses, idées de persécution, etc.).

Tels sont les troubles intellectuels. Mais, parallèlement, il existe des troubles non moins importants du côté de la motilité. L'aspect et les allures du maniaque sont en rapport avec l'excitation intellectuelle. Sa loquacité est intarissable; il parle sur un ton emphatique, déclamatoire; il débite des grossièretés, des injures, des paroles obscènes. Il existe même à cet égard un contraste des plus frappants avec la vie habituelle des malades, et l'on en voit, des femmes surtout, très bien élevées, ordinairement très réservées et très scrupuleuses, se distinguer par un langage profondément trivial. La physionomie est animée, le regard est brillant. La face, d'une mobilité extraordinaire, fait mille grimaces incessantes, en rapport avec les séries d'idées successivement produites.

On observe fréquemment de la raucité de la voix, phénomène en partie nerveux, car on l'observe souvent dès le début de la maladie, mais dû en partie aussi, au fonctionnement exagéré des cordes vocales.

Les mouvements sont brusques, tumultueux, désordonnés, incessants. Parfois, ils sont en rapport avec le cours des idées, d'autres fois ils paraissent automatiques, et c'est dans ces cas qu'on observe, souvent plusieurs jours de suite, la répétition des mêmes séries de mouvements. Les malades crient, courent en tous sens, sautent, font des culbutes, se roulent à terre, soulèvent des objets, les renversent, etc.; ils chantent, cassent ce qui tombe sous leurs mains; se déshabillent, se

rhabillent, déchirent leurs vêtements. Rencontrent-ils des obstacles, loin de les éviter, ils les renversent ou les brisent. La plupart de ces mouvements n'ont aucun but; ils s'opèrent sans discernement. La force musculaire paraît accrue. En tout cas, jamais la fatigue n'apparaît. On voit des malades agités pendant des mois entiers presque sans prendre de repos ; et néanmoins ils conservent leur agilité, leur force ; tout au plus note-t-on un léger amaigrissement, bien peu en rapport avec la déperdition apparente des forces.

Ainsi qu'il est facile de le prévoir, tous les sens sont hypéresthésiés, la vue et l'ouïe principalement. Nous avons déjà noté les illusions et les hallucinations. Ajoutons que les hallucinations de la vue sont les plus fréquentes.

La sensibilité générale est ordinairement altérée, et l'on voit les malades résiter d'une façon étonnante aux agents extérieurs les plus puissants, le froid, le chaud, sans paraître en êre incommodés un seul instant. On les voit rarement contracter les maladies aiguës, dites à *frigore*. Nous avons observé une maniaque, qui a séjourné dans notre service pendant 27 mois, et qui, une nuit, est restée presque entièrement nue, exposée à l'un des froids les plus rigoureux de l'hiver, sans en avoir été un seul instant incommodée.

Les fonctions digestives s'accomplissent bien; l'appétit est exagéré, les malades mangent ordinairement avec gloutonnerie; ils réparent ainsi instinctivement l'énorme déperdition des forces qui s'opère chaque jour. Les selles sont régulières. Tout au plus, trouve-t-on parfois la langue légèrement saburrale, mais le plus souvent celle-ci est normale, humide, sans enduit. On voit certains maniaques perdre sous eux leurs excréments, urines, matières fécales, mais cet accident est rare, et d'ailleurs passager. Il n'est pas dû à un relâchement paralytique des sphincters, mais à l'indifférence des malades vis-à-vis de la plupart de leurs fonctions physiologiques. Ils sont infini-

ment plus préoccupés du cours de leurs idées que de leur propre personne.

La fonction génitale est exagérée, surtout chez la femme, dont le délire maniaque est souvent érotique.

La quantité des urines ne paraît pas notablement modifiée ; toutefois, au début de la maladie, pendant la période la plus active de la manie, elle est légèrement diminuée. La composition des urines du maniaque a été l'objet de nombreuses recherches assez contradictoires. A priori, il était logique, surtout en jugeant d'après l'aspect extérieur du malade, de penser qu'on trouverait une augmentation notable des éléments minéraux, et particulièrement du phosphore, puisque la suractivité des éléments nerveux supposait des échanges nutritifs plus considérables qu'à l'état normal, et que le produit caractéristique de la désassimilation du système nerveux est l'acide phosphorique. Byasson avait trouvé, en effet, une augmentation des produits excrémentitiels, en particulier de l'urée et de l'acide phosphorique. Nos recherches ont précisément abouti au résultat inverse. C'est d'ailleurs une question à l'étude et sur laquelle le dernier mot n'est pas dit.

La marche de la *température* est très intéressante à suivre. Malgré l'agitation des malades, malgré la suractivité de toutes les fonctions, il n'y a jamais de fièvre, à moins de complication organique. Toujours la température oscille entre 37 et 38° dans le rectum.

Le *pouls* conserve ses caractères normaux, mais sa fréquence est plus grande, elle est d'ailleurs en rapport direct avec l'intensité de l'agitation, c'est-à-dire avec le travail que le cœur est obligé de fournir. Pendant les moments de calme, le pouls est absolument normal ; quand l'agitation est intense, on peut compter plus de 100 pulsations à la minute. Ce que nous avons dit du pouls s'applique en entier à la *respiration*.

Quant à la *menstruation*, elle n'est pas sensiblement modi-

fiée. Quelquefois elle est momentanément suspendue, ou bien elle est moins abondante, mais cette fonction n'est guère plus troublée que les autres. Au point de vue réactionnel, on observe quelquefois, au moment des époques, une excitation un peu plus considérable qu'à l'état ordinaire; mais ce fait est loin d'être une règle.

Telle est la période d'état de la manie aiguë. Dans tous les traités spéciaux il est fait mention, à ce propos, de phénomènes paroxystiques qu'on a appelé *fureur maniaque*; celle-ci n'est autre chose que la colère du maniaque. Dans cet état l'agitation cérébro-musculaire est portée à son comble. Le malade est violent, impulsif, il frappe, brise, déchire sans que rien puisse l'en empêcher. Cet état, évidemment grave, est, croyons-nous, directement en rapport avec le traitement que l'on a coutume d'instituer contre la maladie. Dans notre service, où la camisole et tout autre moyen de contention sont radicalement supprimés, nous n'observons jamais de fureur maniaque, et pourtant les malades nous arrivent toujours dans la période la plus aiguë de leur état. Il y a là une indication qu'il est indispensable de signaler et de retenir.

La *marche* de la manie est des plus irrégulières. Dans la période d'état, on peut dire que l'agitation est à peu près continuelle. Celle-ci est entrecoupée quelquefois par des moments de calme, plus ou moins complet et de courte durée. Pendant la nuit, le sommeil est irrégulier, dure quelques heures au plus. Pour le maniaque, il n'existe ni nuit, ni jour; il se repose quand il peut; on le voit parfois dormir d'un profond sommeil au milieu du jour, tandis que son excitation est très intense pendant la nuit.

La maladie se termine de différentes manières. Dans le plus grand nombre des cas, la guérison survient après un ou plusieurs mois, et parfois même après plusieurs années. Nous possédons un cas de manie excessivement intense, qui a duré

27 mois et qui s'est terminé favorablement. Quand la guérison doit survenir, au stade d'exaltation succède le stade de déclin.

Stade de déclin. Il s'annonce par l'apparition d'intervalles lucides qui deviennent de plus en plus fréquents et de plus en plus prolongés. D'autres fois, on observe une atténuation, en masse, de tous les symptômes ; la loquacité et l'incohérence diminuent progressivement, en même temps que l'exaltation musculaire. D'autres fois encore, l'agitation cesse, et les malades ne sont plus excités que de la parole. Bientôt la loquacité diminue à son tour, il ne reste qu'un léger degré d'exaltation cérébrale qui s'amende peu à peu. Enfin, dans le cas de manie de très longue durée que nous avons mentionné, le stade de déclin s'est annoncé par quelques intervalles de dépression, que nous considérons dès lors comme un bon signe pronostique.

Autres terminaisons. Outre la guérison, qui est très fréquente, la manie peut offrir plusieurs autres modes de terminaison.

1° Elle peut passer à l'état chronique, durer indéfiniment et aboutir finalement à la démence. Le sommeil reste mauvais ; l'agitation presque continuelle, est quelquefois entrecoupée par des moments de calme, très fugitifs. Conjointement, les idées délirantes persistent, mobiles ou fixes, et contribuent à donner aux malades des attitudes spéciales. L'agitation, l'insomnie, les déperditions incessantes entraînent à la longue de l'amaigrissement, mais les malades résistent d'une façon remarquable. Enfin, peu à peu, on surprend, surtout pendant les moments de calme, un affaiblissement des facultés : la mémoire s'en va, la sensibilité s'émousse, les idées perdent leur activité, se dissocient complètement, les

conceptions apparaissent enfantines et plus incohérentes que jamais. C'est la démence finale.

Mais cette démence est très tardive. Une manie peut durer très longtemps et être pourtant suivie d'une guérison complète. Jamais il n'est permis au médecin de désespérer en pareille circonstance. D'ailleurs, il possède un moyen sûr d'asseoir son pronostic, c'est l'examen de l'état mental dans les intervalles de calme. Tant que le niveau intellectuel ne baisse pas, le pronostic reste favorable. L'affaiblissement des facultés est un signe capital qu'il ne faut jamais négliger de rechercher.

2° La manie peut se terminer par *transformation*. A l'accès maniaque peut succéder un accès mélancolique, ou bien, l'accès maniaque se termine par la guérison, suivie elle-même d'un nouvel accès maniaque ou d'un accès de mélancolie. Mais ici, nous ne sommes plus sur le terrain de la manie franche, nous empiétons sur le domaine des folies intermittentes.

3° Faut-il parler des délires systématisés consécutifs à un accès de manie ? Ils ont été signalés, mais ici, les cas sont complexes, nous n'avons plus affaire à une maladie simple, et elle sort par conséquent de notre cadre. Ce sont, en général, des accès maniaques chez les héréditaires dégénérés.

4° Une terminaison, rare en vérité, mais qu'on observe quelquefois, c'est la mort. Celle-ci est due toujours à une complication (pneumonie, affection organique quelconque). La complication la plus redoutable est le *délire aigu*, surtout quand le malade est profondément débilité ; la fièvre survient et les phénomènes généraux graves entrent en scène (amaigrissement rapide, langue sèche, diarrhée, carphologie, etc.)

Telle est, en peu de mots, l'histoire de la manie aiguë simple essentielle. Il nous reste maintenant, par l'examen direct du malade, à fixer dans votre esprit les différents points que nous avons fait ressortir dans la description.

Obs. I. — *Pendant trois jours, phénomènes généraux, troubles digestifs, légère exaltation, bavardage; le cinquième jour, excitation, loquacité, cris, mouvements désordonnés. Entrée à l'asile le septième jour en plein accès maniaque. D'abord continue, l'agitation offre des oscillations et des arrêts qui, les dernières semaines, s'accusent de plus en plus pour aboutir au calme définitif.*

M... Marie, âgée de 20 ans, est entrée à l'admission le 16 septembre 1886, dans un état d'excitation maniaque très-intense. C'est une bretonne à physionomie peu intelligente, arrivée à Paris depuis quelques semaines. D'après les renseignements, elle aurait eu déjà, il y a onze ans, un premier accès d'agitation maniaque qui n'aurait duré que 8 jours. En temps ordinaire, elle est douce, calme, d'une humeur peu changeante. Elle ne fait pas d'excès, et est bien réglée. Sa culture intellectuelle est peu développée ; toutefois elle sait lire et écrire.

Du 9 au 12 septembre, elle éprouve quelques malaises, sans troubles cérébraux, sans modifications du caractère. Elle se sent mal en train ; vomissements, coliques.

Le 12, au soir, son mari remarque pour la première fois, qu'au milieu de paroles sensées, elle débite des phrases incohérentes ; elle était bavarde, contrairement à son habitude. La nuit se passe tranquillement.

Le lendemain 14, elle ne travaille pas, devient tout à fait loquace, et commence à s'agiter. Le soir, son mari ne comprenait déjà plus ce qu'elle disait. La nuit suivante, elle reste tranquille, sans faire de mouvements désordonnés, mais elle n'arrête pas de causer, entremêlant son débit de jurons.

Le 14, la loquacité et l'incohérence augmentent encore ; en même temps, les mouvements deviennent désordonnés ; elle se roule à terre jusque sous la pompe, et laisse couler l'eau sur elle ; elle a très-chaud, dit-elle. En même temps, elle crie, se frappe dans les mains. Pendant la nuit, elle saute partout, frappant les murs à coups de pied, parlant très-fort et gesticulant.

Le 15, l'excitation augmente, elle brise des carreaux, des meubles, la police intervient et on la conduit le 16 à Sainte-Anne, au maximum de l'excitation maniaque. Celle-ci avait été graduellement croissante du 12 au 16.

A son entrée, elle présente l'attitude de la maniaque franche. Au point de vue mental, on observe un désordre complet dans les idées qui apparaissent profondément décousues. Les associations

des idées sont très-rapides, et il est impossible de fixer l'attention. La loquacité est intarissable, et la malade ne prend aucun instant de repos. Tantôt elle chante sur un ton monotone des paroles incohérentes qu'elle invente au fur et à mesure des besoins, d'autres fois, ce sont des chansons du pays, mais qui sont vite interrompues; tantôt ce sont des cris, des vociférations, des trivialités, des jurons, des injures adressées à des personnages imaginaires. Son attitude est très-changeante ; tantôt elle est triste, tantôt elle est gaie, elle pleure ou rit alternativement, d'un instant à l'autre, sans transition. Tantôt elle a l'aspect menaçant, elle a l'air de récriminer contre des personnes, de se plaindre ; tantôt elle est heureuse, satisfaite, et son débit, à ce moment, est en rapport avec le courant de ses idées. D'ailleurs elle n'est pas agressive et se laisse facilement diriger. Pas de délire proprement dit, pas d'hallucinations apparentes.

Au point de vue musculaire, même désordre. Les mouvements sont extrêmement rapides ; ils ne sont en aucune façon reliés les uns aux autres, et encore moins sont-ils en rapport avec les idées. C'est une suite de mouvements parfaitement incohérents, inutiles, sortes de décharges musculaires, absolument indépendantes de la volonté, et qui semblent s'accomplir à l'insu de la malade : sauts, danses, rires, etc. Elle se roule à terre, en tous sens, se relève, tourne sur elle-même, frappe contre les murs, contre les portes, se dépeigne, s'entoure le cou de ses cheveux, frappe dans ses mains, sur ses genoux, crache à terre, siffle, etc. etc. ; le tout sans ordre et avec une rapidité extraordinaire.

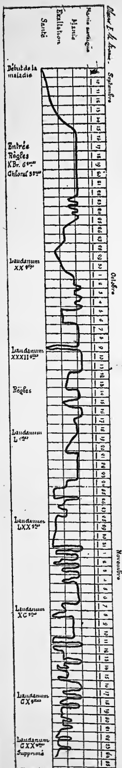
L'état général est d'ailleurs satisfaisant ; le pouls est rapide, peu sensible au niveau des petites artères, sans doute à cause de leur exiguité naturelle ; sa rapidité est justement liée au travail musculaire excessif fourni par la malade. Apyrexie complète, si ce n'est le premier jour, où la température rectale atteint 38° 2.

Langue bonne, pas d'enduit saburral. Conservation de l'appétit ; les aliments sont même pris avec gloutonnerie, et sans aucun soin de propreté.

Les urines ont l'apparence normale. Le 18 leur quantité pour les 24 heures est un peu diminuée. Elles répondent à l'analyse suivante :

Densité 1636
Urée 22 gr. 27
Acide phosphorique 3 gr. 84 par litre.
Ni sucre, ni albumine.

Jusqu'à ce jour, 28 novembre, la malade est restée maniaque, mais son état n'a pas été constamment identique à lui-même,



et il a subi de nombreuses oscillations, dont on se rend bien compte par le graphique.

Du 9 au 16 septembre en effet (7 premiers jours) la malade arrive graduellement à la manie franche et reste dans cet état pendant huit jours consécutifs, jusqu'au 24. Puis il s'opère une décroissance pendant 4 jours, au bout desquels la malade est calme, bien que très mobile encore ; elle répond avec netteté à toutes les questions, elle se déclare guérie, remercie les personnes qui l'ont soignée, et parle de sa sortie. Puis, le lendemain, la recrudescence survient, après ce léger temps d'arrêt, et en 4 jours, 3 octobre, l'état maniaque a repris sa première intensité.

Du 3 au 24 octobre, c'est-à-dire pendant 21 jours, la malade oscille constamment entre l'excitation simple et l'état maniaque, en présentant parfois de petits moments de calme très passagers, pendant lesquels, elle semble se reposer pour s'exciter ensuite à nouveau.

A partir du 24 octobre, après des oscillations jusqu'au 28, autour de l'excitation maniaque, il se produit un nouveau temps de repos qui dure cette fois trois jours au bout desquels l'excitation reprend son premier cours (31 octobre).

Mais, à ce moment, la maladie prend un autre caractère. Pendant que l'excitation reste toujours franchement maniaque, les oscillations sont beaucoup plus brusques, plus rapides et plus fréquentes. Enfin, l'excitation est le plus souvent nocturne, pendant que les journées se passent ordinairement au milieu d'un calme relatif.

Depuis le 9 novembre, jusqu'aujourd'hui, la maladie, en somme, a présenté une notable décroissance, si l'on considère en bloc ces quinze derniers jours. Le plus souvent, les oscillations se produisent entre la ligne de calme et l'excitation maniaque simple.

Pendant ces deux mois et demi, la malade

a présenté nettement les caractères de la manie simple; mais l'on peut dire qu'elle a été surtout maniaque de la parole. Ce n'est guère que dans les moments où elle atteignait la ligne de la manie pure, qu'à la parole incohérente se joignaient les gestes désordonnés. Le reste du temps, elle se tenait assise, ou couchée, bavardant constamment, proférant des propos décousus, n'ayant aucun sens ; l'agitation musculaire était nulle.

Son débit a toujours été et est encore celui d'une maniaque vraie. Il est très souvent entrecoupé, dans les moments de calme, par de longs moments de silence. Un mot provoque l'explosion d'une série de phrases enchaînées entre elles très rapidement, sans lien, sans transition. Les phrases sont dites en français, et dans les moments de grande agitation, en breton. L'incohérence se manifeste de deux façons différentes : tantôt en comparant plusieurs phrases consécutives entre elles, tantôt en comparant plusieurs mots consécutifs d'une même phrase. Enfin, dans le discours reviennent très souvent les mêmes mots, les mêmes membres de phrase, les mêmes jurons. En voici un exemple, et prononcé avec une volubilité extraordinaire :

« Elle blanchit, *va t'en voir s'ils viennent*, pour *qui, pour qu'est-ce ? Rapport à qui, rapport à qui est-ce.* Ils sont trop agités pour moi, ce que je l'ai été agitée ! *Va t'en voir.* Oui j'ai cassé deux carreaux, ça m'appartient pas. Elle a l'air de l'attacher pour moi, regarde ce que j'ai écrit là-dessus, *va t'en voir ce qu'ils viennent*, je vais vendre de l'huile de coude à bon marché. Mais sans ça au bout de quelques mois, *va t'en voir qui*, je comprends, mais la mort ne sait aujourd'hui ». Chante. « Le bon Dieu est au-dessus de moi, mes parents m'ont bien béni mon mariage, *va t'en voir s'ils viennent*, je saurai qu'est-ce que c'est: Un seul Dieu tu adoreras... etc. » Parle — « Epouse Danv, pousse qui pousse. Vive l'hôpital, *va t'en voir s'ils viennent.* Mon support, le premier, les petits, les gros, nom d'un bien, *va t'en voir s'ils viennent.* Tant pus que je demeure ici, tant pus que je faiblis, je n'ai plus que mes os à traîner, *va t'en voir ous qui sont.* » Et ainsi, pendant longtemps. Pendant plusieurs jours, elle répète à satiété les mêmes discours, où se faisaient remarquer les mots suivants: *Vive l'hôpital, va t'en voir s'ils viennent, coûte que coûte, pour qui pour qu'est-ce, mon support, nom d'un bien ?*

L'incohérence du langage se complète par des cris, des hurlements, des vociférations, des chants monotones.

Pendant toute la maladie, la température a oscillé entre 37 et 38. Jamais il n'y a eu de fièvre. Les oscillations de la température n'ont

pas été en rapport avec celles de l'agitation. L'état général s'est maintenu satisfaisant, l'appétit bon. Néanmoins il s'est produit un notable amaigrissement, sans que, pour cela, les grandes fonctions aient été altérées notablement.

La langue a toujours été bonne, et les fonctions digestives s'accomplissent normalement.

Le sommeil a été très-irrégulier, et très-intermittent. A peu près nul pendant la grande période d'excitation, nous avons vu que, depuis quinze jours, l'agitation était surtout nocturne, et que la malade prenait du repos dans la journée.

Le pouls a toujours été régulier, rapide dans les moments de grande agitation, et justement en rapport avec l'action musculaire.

Les règles sont apparues en temps opportun au mois de septembre et au mois d'octobre, à des époques où la malade était en pleine manie ; et il est à noter qu'elles n'ont entraîné aucune modification dans l'état maniaque.

Les urines, analysées à plusieurs reprises, ont montré chaque fois que la proportion d'urée était légèrement au-dessous de la moyenne normale, et qu'au contraire, la proportion d'acide phosphorique dépassait cette moyenne.

Enfin, le traitement a été le suivant : Du 16 au 30 septembre 6 gr. de bromure et grand bain tiède prolongé, et pendant la première semaine 3 grammes de chloral le soir. Chaque jour, à partir du premier octobre, laudanum à dose progressive, à partir de 20 gouttes. Il est supprimé le 24 novembre ; on en était arrivé à 120 gouttes par jour. Presque quotidiennement on administrait un grand bain de une heure à 3 heures de durée, et qui était suivi le plus souvent d'un calme relatif.

Obs. II. — *Deux accès de manie séparés par un intervalle de dix mois. Dans le cours du second accès, décroissance de l'agitation, pendant l'évolution d'un ictère catarrhal.*

G... Louise entrée à l'admission le 1er octobre 1886, est âgée de 20 ans. Elle est fille d'une mère mélancolique, hypochondriaque, morte vers 30 ans à la suite d'une longue période d'affaissement moral contre lequel elle n'avait pas eu l'énergie de lutter. La mère de celle-ci est morte avec des idées mélancoliques ; on devait la surveiller en raison d'une tentative de suicide qu'elle avait faite ; elle refusait parfois de s'alimenter pour mourir de faim.

Le père est mort d'une affection de poitrine.

La malade a le caractère entier, volontaire ; elle ne supporte pas

les observations. Intelligente, elle a bien appris à l'école. Habituellement très gaie, un peu insouciante, elle avait de mauvaises fréquentations et paraît avoir eu une conduite peu régulière.

Après quelques jours de tristesse, de malaise et de préoccupations pénibles, elle s'exalte et le lendemain, 19 mai, elle entre à l'admission dans un état complet d'excitation maniaque avec loquacité incohérente, chants, déclamations, extravagances, etc. Le 12 mai elle est envoyée à Vaucluse où elle reste agitée pendant six ou sept mois, puis la convalescence s'établit tout à coup et elle sort guérie vers le milieu de décembre 1885.

Elle reprend son travail, recommence ses anciennes fréquentations, en particulier celle d'un individu qui paraît avoir abusé d'elle en lui promettant le mariage. A la suite de différentes scènes de famille, le mariage projeté est rompu, d'où déception, chagrin, choc moral (avril 86.) Elle se rétablit, lorsque vers la fin de septembre, elle recommence à devenir loquace, elle parle de tout indistinctement, médisant des uns et des autres, chantant constamment. En même temps, elle contracte un panaris, pour lequel elle entre à l'hôpital Bichat le 28 septembre. Son excitation intellectuelle avait été graduellement croissante jusque là : à partir de ce jour, elle devient franchement maniaque et le 1er Octobre elle est transférée à Sainte-Anne.

Son attitude à l'entrée est exactement celle d'une maniaque de la parole et du geste. Echevelée, elle parcourt en tout sens la chambre, chantant, criant, débitant des séries de phrases qu'elle répète plusieurs fois de suite dans les mêmes termes ; elle se déshabille, se rhabille d'une façon grotesque, pousse subitement de grands éclats de rire. Elle offre en somme le tableau du désordre le plus complet dans les mouvements. Mais ce qui domine la situation à ce moment, c'est le chant. Elle chante à tue-tête, en élevant la voix très haut, des chansons d'amour, auxquelles elle donne l'intonation de rigueur, et qu'elle accompagne parfois de gestes à l'appui. Le caractère érotique de son délire s'est toujours maintenu jusqu'aujourd'hui. Ses chansons sont vite interrompues par des phrases incohérentes, se reliant avec la nature si rapidement changeante de ses idées, ou par des trivialités, des jurons, des grossièretés.

Un autre fait notable, et qui s'est reproduit jusqu'à ce jour, c'est le caractère vraiment délirant de son état maniaque. Elle ne débite pas de phrases composées de mots absolument sans suite, et chacune de ses phrases prise à part possède réellement un sens. L'incohérence n'est bien manifeste que quand on examine plusieurs phrases consécutives. La malade a le plus souvent l'air halluciné,

et ses phrases apparaissent nettement comme autant de réponses et de demandes adressées à un interlocuteur dont elle entendrait la voix.

Il n'en est pas toujours ainsi. D'autres fois, le réflexe provoquant l'éclosion des mots et des phrases est très prompt ; il suffit de prononcer un mot ou de faire un geste devant elle pour provoquer immédiatement l'éclosion de mots ou de phrases exactement en rapport avec le mot prononcé ou le geste accompli.

Si l'on joint à ces caractères celui de la nature érotique du délire, s'accompagnant de trivialités, de grossièretés, de mots obscènes, de propositions déshonnêtes, si l'on y joint encore l'onanisme effréné que ne cesse de pratiquer la malade, on aura, d'une façon à peu près complète, le tableau clinique présenté par celle-ci. Voici un extrait des nombreux propos que nous avons recueillis, et qui donnera une juste idée de l'incohérence des paroles, de la rapidité des associations d'idées, de la couleur du délire.

« Faut la faire promener parce que, pendant ce temps-là, l'autre pourra tourner l'œil ; ici, on tourne de l'œil d'un côté, de l'autre on tourne du c... Où donc est-il passé, M. Arthur Caron, le bureaucrate ? Qu'est-ce qui l'a fait ? Qu'est-ce qui l'a pondu ? Où est-il, mon père, M. Pichon, nous sommes bien ici ; la brune aux yeux bleus ; où donc vas-tu par là, Marguerite Gauthier ? Je n'ai pas encore mon alliance, voyons, vous m'énervez, oh ! m... ! Qu'est-ce qui entre ! C'est M. le caissier, je ne joue plus, voyons, ne m'énervez pas comme cela. Tiens, veux-tu prendre ça dans ta main, ça me donnera le mot. Nous nous aimons comme tout le monde. Dis donc, M. Arthur Caron, qu'est-ce-qui t'a payé une soupe ? Je ne veux pas qu'on entre dans ma chambre. Tiens, Alexandre, tu allumes le gaz ce soir ; attends, petit haricot tu l'allumes, tant mieux, il l'allume, tant pis. Faut que j'aille à Ivry ce soir, qué course ! » Se recueille — Tout ce discours a été dit d'un seul trait sans trop de volubilité ; elle s'arrêtait après chaque phrase, comme si elle répondait à quelque chose d'entendu. — « Deux sous de croquignolles pour la petite G..., merci ! » Chuchotte tout bas, rit. « Ah ! tu me fais chiffonner ma robe. » Chante, etc. « Mince de chiffon, vous avez de la veine d'être jolie vous, ça me fait plaisir de vous voir. C'est tout ce que je vous demande ; cette bague là ne vous appartient pas, va t'en voir aussi, espèce de chameau, on t'a enterrée à la fleur d'oranger, je voudrais savoir ce que t'as dans le c... espèce de chamelle... etc. »

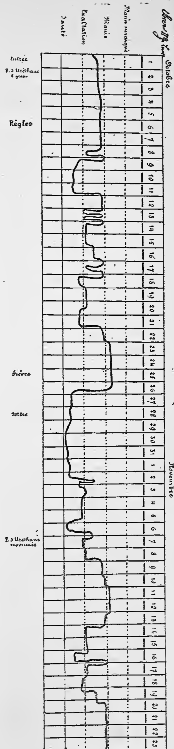
En se reportant au diagramme ci-joint, on peut se rendre compte de la marche de la maladie depuis l'entrée : Du 1er au 8 octobre, manie franche, puis une rémission de 3 jours, puis, pendant 10 jours

oscillations irrégulières entre l'excitation et l'état maniaque ; le 22, celui-ci reprend son intensité des premiers jours, en même temps que la température s'élève. Le 26, l'excitation tombe brusquement, quelques symptômes généraux graves apparaissent (crachement de sang, fièvre vive, pouls fréquent, petit, etc.), et deux jours après, se déclare un ictère catarrhal avec une nouvelle poussée de fièvre plus intense. A partir de ce jour, la fièvre diminue progressivement, l'ictère s'accroît au contraire pendant 3 à 4 jours, puis diminue à son tour pour disparaître à peu près complètement le 13 novembre, (16 jours après son apparition).

Voyons ce qu'est devenu l'état mental pendant le cours de cette complication. Quelques jours après l'apparition de la poussée intense de fièvre, et deux jours avant l'apparition de l'ictère, l'agitation cesse, et reste nulle pendant la période aiguë de la maladie, c'est-à-dire jusqu'au 2 novembre, durant 7 jours.

Pendant tout ce temps, la malade reste dans un calme complet, mais en apparence seulement : elle était couchée nuit et jour, ne faisant que très peu de mouvements, elle ne chantait plus ; seule, sa physionomie exprimait encore la mobilité de ses pensées, qui apparaissait quand on l'interrogeait. Alors son débit était nettement incohérent.

L'ictère diminue rapidement, le 4 novembre la fièvre a complètement disparu ; à partir de ce moment, les symptômes maniaques reprennent progressivement leur cours. Du 3 au 6, excitation simple ; le 6, repos, puis, excitation atteignant progressivement,



le 12, au bout de six jours, l'état maniaque complet. Puis, il s'opère une nouvelle décroissance, aboutissant, vers le 15, à une nouvelle rémittence, qui dure jusqu'au 18 ; à partir de ce moment, on observe une nouvelle ascension dans la courbe de l'agitation, et actuellement nous avons sous les yeux un état franchement maniaque.

Il est intéressant d'étudier parallèlement la courbe thermique ; il ressort de cette étude que les périodes où la fièvre est très intense, correspondent à peu près exactement aux accès les plus intenses d'agitation. Laissant de côté l'ictère catarrhal qui a entraîné fatalement l'élévation de la température, nous observons du 4 au 8, une augmentation progressive de cette dernière, depuis 37 jusqu'à 39,3. C'est l'époque où l'excitation recommence, après le repos, dû à l'ictère. Puis, du 10 au 16 novembre la fièvre est très intense; pendant ces six jours, la température ne s'est guère éloignée de 40°. Or, du 10 au 14, nous avons une poussée maniaque franche. A partir du 17, la température décroît et revient à 37 le 22 novembre. Ici, le parallèle que nous avions noté entre les courbes d'agitation et de température ne concordent plus; et elles se dirigent en sens inverse; pendant que la température décroît, et que le 22, le thermomètre indique, 37, à la même date nous sommes depuis deux jours déjà dans une poussée franchement maniaque.

La poussée de fièvre qui se maintient à 40 pendant six jours, et dont le cycle s'étend du 4 au 22 novembre s'explique vraisemblablement par l'existence d'une complication organique. Pendant toute cette période, l'état général de la malade a été très grave; la langue était souvent desséchée, l'amaigrissement très notable. Depuis une huitaine de jours il se relève. L'appétit d'ailleurs s'est toujours maintenu au taux normal, malgré la fièvre, sauf pendant l'ictère catarrhal, où pendant quelques jours, des vomissements incoercibles se sont produits.

La défectuosité de *l'état général* trouve sa légitime explication dans l'agitation de la malade, dans l'existence à peu près constante de l'état fébrile, dans la complication aiguë que nous avons mentionnée, enfin dans les pratiques onanistes quotidiennement réitérées.

Le pouls a suivi les nombreuses oscillations de la température et de l'agitation. Il a toujours été fréquent, petit, mais pas dépressible. Nous avons compté un jour de fièvre intense, jusqu'à 180 pulsations à la minute.

Les règles sont apparues le 5 octobre, et n'ont modifié en aucune façon l'état maniaque.

Les urines, en général, très peu abondantes surtout pendant les

accès violents d'agitation, n'ont jamais présenté d'albumine, ni de sucre, mais seulement des dépôts phosphatiques. Pendant l'ictère, les urines ont présenté les caractères ordinaires aux urines ictériques.

Le *traitement* a consisté en bains tièdes prolongés, auxquels on a joint l'usage d'une potion contenant 2 gr. d'urethane. Cette potion, continuée depuis le 2 octobre jusqu'au 7 novembre ne paraît avoir produit aucun résultat positif.

DEUXIÈME LEÇON

Des manies symptomatiques ou états maniaques dans les diverses formes mentales.

SOMMAIRE. — La manie symptomatique est plus commune que la manie simple ; c'est un syndrome qui intervient dans le cours d'une autre maladie sans en changer la nature. — Les paralytiques généraux, les malades à lésions circonscrites, mais surtout les héréditaires dégénérés, les alcooliques, les épileptiques peuvent présenter des accès maniaques. — Les observations III, IV, V, montrent les caractères de l'accès maniaque chez l'héréditaire dégénéré. Les observations VI et VII sont des exemples de manie chez l'épileptique. L'observation VIII est un cas d'excitation maniaque chez un alcoolique.

Traitement de la manie : suppression absolue de la camisole de force et de tout autre moyen de contention ; bains tièdes parfois prolongés ; bromures et chloral ; l'action du chloral est d'autant plus efficace que le malade est sous l'influence du bromure. — Emploi du drap mouillé. — Laudanum à dose progressive. — Le chlorhydrate d'hyoscine fait toujours cesser l'agitation ; son action se prolonge de cinq à dix heures ; ce médicament interrompt l'accès mais ne paraît pas exercer d'influence sur sa durée et sa marche générale.

La manie telle que nous l'avons décrite dans toute sa simplicité clinique répond aux cas types, dans lesquels aucun élément morbide surajouté ne vient compliquer la situation. Dans ces cas la manie constitue une véritable entité clinique ; elle n'est significative que d'elle-même ; c'est un état idiopathique ; l'état maniaque joue le rôle prépondérant, primordial.

Or, les vrais maniaques sont assez rares. Ce qui est très commun, au contraire, c'est d'observer des malades ayant tout l'extérieur des maniaques, chez lesquels la manie n'est qu'un

des aspects d'un autre mal, l'indice révélateur d'un autre désordre intellectuel, le signe extérieur par lequel ce trouble se manifeste. C'est à ces états qu'il faut attacher la dénomination *d'état maniaque*.

Ces manies secondaires sont à la manie franche aiguë que nous avons décrite ce que sont les états symptomatiques aux états idiopathiques, les états secondaires ou deutéropathiques aux états primitifs protopathiques. Ce ne sont plus des entités cliniques, mais des aspects spéciaux passagers et contingents d'une autre entité.

Les états maniaques dont le tableau rappelle de plus ou moins loin, celui de la manie vraie, sont très communs au cours de l'aliénation mentale. Il n'est presque pas de psychose, ni même de cérébropathie qui n'offre, à l'occasion, l'aspect de la manie. Rappelons que pendant fort longtemps les observateurs ont confondu ensemble, la manie typique et la manie secondaire et qu'ils ont décrit souvent sous le nom de maniaques, des malades qui n'en avaient que l'aspect. Ils étaient séduits par l'attitude extérieure si bruyante, si imposante des malades, ne considéraient qu'elle et négligeaient le substratum. De là, les destinées si diverses, les évolutions si bizarres décrites à la manie, dans les différents traités.

Le paralytique général s'agite souvent, au point de ressembler à s'y méprendre à un maniaque; les malades à lésions circonscrites offrent aussi le même aspect. D'autre part l'alcoolique, l'épileptique, l'hystérique, le dégénéré, l'intermittent se révèlent parfois aux yeux du clinicien sous les dehors des malades dont nous avons retracé l'histoire.

Il faut l'avouer, le diagnostic est souvent difficile, et il faut au clinicien une grande habitude de l'aliéné pour soupçonner derrière son état d'agitation la véritable cause qui l'a engendré. Il est des cas dans lesquels la confusion est possible. Les malades que nous allons examiner ensemble nous per-

mettront d'insister sur quelques considérations propres à établir le diagnostic.

Voici d'abord trois malades, trois dégénérés dont l'aspect extérieur réalise celui que nous avons décrit sous le nom de manie : excitation intellectuelle, loquacité, tumulte, désordre dans les idées et dans les actes. En étudiant leur histoire nous pourrons mettre en relief les différences qui les séparent des deux premières que nous vous avons présentées.

Obs. III. — *Dégénérescence mentale avec excitation maniaque. Prédominance d'idées hypochondriaques et mystiques.*

P. Aurélie, âgée de 19 ans est entrée dans notre service le 20 novembre. Dans ses antécédents, il existe une lourde hérédité convergente. La mère a des accès intermittents de tristesse. Elle a été internée pendant six mois pour une crise d'excitation avec idées de suicide. La grand'mère maternelle s'est suicidée. Un grand oncle de la mère s'est suicidé. Une cousine germaine de la mère, déséquilibrée s'est également suicidée. Enfin, du côté paternel, un cousin germain du père a été interné pendant plusieurs années à Sainte-Anne.

Aurélie a eu de tout temps, le caractère enfantin mobile et changeant. A 13 ans, elle a présenté pendant un mois un accès de délire mélancolique et mystique. Depuis, à peu près chaque époque menstruelle, elle présente de l'excitation ou de la dépression avec prédominance d'idées mystiques.

Le 2 novembre dernier, elle entre à l'hôpital Cochin pour des accidents vénériens. Quinze jours après, elle est prise d'excitation maniaque. Pendant la nuit elle se levait, se promenait de long en large en faisant mille extravagances. Sortie de l'hôpital, elle reste deux jours en liberté, toujours délirante, puis elle arrive à l'admission. A son arrivée, elle a l'attitude de l'excitée maniaque, loquace, tenant des propos décousus, mais au milieu desquels émergent surtout des idées hypochondriaques et mystiques. Légère réaction fébrile, peau chaude, tremblement des mains, insomnie.

Du côté intellectuel, on note des hallucinations très actives de l'ouïe ; elle est en conversation continuelle avec des êtres imaginaires. Elle a aussi des hallucinations et des illusions de la vue ; elle voit différentes personnes de sa famille devant elle et commet des erreurs de personnalité. Elle offre des troubles de la sensibilité

générale ; elle éprouve toute sorte de sensations vagues, elle sent bouillir son cœur ; son cœur sort de sa poitrine. Elle s'imagine qu'elle est un bébé, et que son corps se transforme, ses propos deviennent alors enfantins.

Du côté de la motilité, il y a peu d'agitation musculaire. Les mouvements sont en rapport avec les idées délirantes qui elles-mêmes sont très mobiles. Les mains tremblent absolument comme celles d'un alcoolique.

Cet état s'est légèrement modifié depuis l'entrée. L'état mental s'améliore, mais on peut voir qu'il reste encore les manifestations motrices de l'excitation maniaque. La malade remue sans cesse, elle éprouve un besoin perpétuel d'entrer en mouvement, et ses mouvements sont parfaitement inutiles et le plus souvent automatiques.

Examinons les caractères qui séparent cet état maniaque de la manie vraie : existence d'une très lourde tare héréditaire ; état mental du dégénéré ; premier accès de folie à l'âge de 13 ans ; excitation intellectuelle périodique aux époques menstruelles, voilà le substratum. Au milieu de l'accès maniaque on voit poindre des idées hypochondriaques et idées mystiques, qui ne font pas partie du cortège habituel des symptômes de la manie franche, laquelle est constituée essentiellement par un chaos des idées et des actes sans dérangement intellectuel proprement dit. Enfin ici l'agitation est surtout cantonnée dans la sphère intellectuelle l'agitation musculaire est très peu intense ; donc le tableau que nous connaissons de la manie est incomplètement reproduit. Voici une seconde dégénérée maniaque dont l'histoire est un peu différente.

Obs. IV. — *Dégénérescence mentale. Agitation maniaque. Prédominance des propos lubriques et érotiques et des propos ambitieux.*

G... âgée de 35 ans entre à l'Admission le 12 octobre 1886. Les renseignements manquent complètement sur ses antécédents héréditaires et personnels. On ne sait à quelle époque remonte le début de l'accès actuel. Dans ses rares moments de calme, elle raconte qu'elle aurait déjà été internée à l'asile de Blois. Elle est porteuse

de stigmates physiques de dégénérescence ; strabisme, prognathisme de la mâchoire inférieure.

Le jour de son entrée, elle présente de l'excitation maniaque avec incohérence dans les paroles et dans les mouvements. Elle a, en outre, un délire ambitieux très net, rappelant de tous points celui de la paralysie générale. Il s'y joint, des propos triviaux, obscènes et érotiques. La façon dont elle a été arrêtée complète encore la ressemblance avec certains paralytiques: on l'a arrêtée, sur la réquisition d'un cocher qu'elle était dans la l'impossibilité de payer. « Elle est héritière, elle va toucher deux millions, elle parle de Marie Stuart, de comtes et de duchesses etc. » Peu de jours après son entrée, les propos ambitieux laissent en grande partie la scène aux propos érotiques. Son langage est profondément ordurier, elle l'accompagne de gestes obscènes, de rires. Elle commet sans cesse des erreurs de personnalité, prend d'une façon assez continue, l'un des médecins pour son cousin Prosper, donne aux infirmières des noms d'hommes, de personnages, de romans, les accouple avec les mots, putain, chameau, maquereau. Son débit est très rapide, il est impossible de la suivre dans ses divagations ; les phrases n'ont aucune suite. L'agitation musculaire est très intermittente et toujours en rapport avec les idées délirantes du moment. Quand elle s'excite, elle lance des injures grossières, elle est agressive, frappe les infirmières, pousse des cris, et son langage devient encore plus obscène.

Son attitude n'a pas varié, depuis son entrée. Les nuits sont tantôt tranquilles, tantôt agitées. Elle s'éveille parfois, interpelle divers personnages imaginaires, qu'elle injurie.

Son délire ambitieux, très incohérent ne reparaît que quand on la pousse à parler. Alors elle déclare qu'elle est Marie Stuart, Catherine de Médicis, l'impératrice Eugénie, qu'elle a couché avec Mazarin. Elle rappelle l'histoire des férets, souvenir des trois mousquetaires. Elle a des prétentions à la couronne. Deux ou trois pays lui appartiennent. Dans un autre ordre d'idées, en rapport justement avec son degré avancé de folie morale, c'est pour elle une idée de grandeur, que d'être une fille de joie, la rose de Bacchanale, la rose de Clichy. Nous pourrions citer ici un extrait de ses propos. Qu'il nous suffise de dire qu'ils dépassent en obscénité tout ce que l'imagination la plus dévergondée pourrait inventer.

Depuis le 18 novembre jusqu'aujourd'hui, la température a oscillé entre 37 et 37,8.

L'attitude de cette malade est bien spéciale. Si d'une part,

en raison de sa loquacité incessante, de nuit comme de jour, de son agitation musculaire que rien ne peut arrêter, de l'absence absolue de suite dans les idées, on ne peut lui refuser l'épithète de maniaque, — d'autre part, en raison de l'existence indéniable du délire ambitieux, des idées lubriques, des propos érotiques qui tiennent constamment la scène et qui dépassent de beaucoup en intensité ceux des maniaques ordinaires, on est obligé de ne voir dans cet état d'agitation qu'un état secondaire, subordonné à une situation mentale préexistante qui n'est autre que la dégénérescence mentale.

Une troisième malade, dégénérée également, va vous offrir encore un beau type d'agitation maniaque développé sur un terrain de dégénérescence.

Cette malade en est à son troisième accès. Des idées délirantes, particulièrement de nature ambitieuse ont imprimé aux différents accès un cachet spécial.

Obs. V. — *Dégénérescence mentale avec excitation maniaque. Trois accès.*

Mme E... âgée de 35 ans est entrée à l'admission pour la seconde fois, le 26 octobre 1886, dans un état d'excitation considérable.

Elle a toujours eu le tempérament exalté, elle a des tendances ambitieuses, et est en temps ordinaire pleine de prétentions. Grande liseuse de romans, elle les engouffre littéralement les uns sur les autres ; elle s'exalte en les lisant, s'identifie avec les personnages, croit à la réalité des situations qui sont décrites ; les incidents romanesques lui montent l'imagination. Elle est fille d'un *père* également névropathe, exalté, violent. Dans ses accès de fureur, il prend son couteau et va jusqu'à menacer son entourage. Un petit *cousin* a été enfermé comme aliéné au moment de la guerre.

Au mois d'août 1885, subitement, du jour au lendemain, elle s'excite à la suite de discussion de famille, et l'on est obligé de l'interner à *l'asile de Stephensfeld.* Elle n'y reste que huit jours, réclamée par son mari, celui-ci l'emmène à Paris, toujours délirante, exaltée au plus haut point, exprimant des idées ambitieuses incohérentes, sans suite, véritablement absurdes : elle était princesse, elle aurait un château en Espagne, son mari serait son domestique ;

elle voulait entrer en relation avec le Prince Frédéric-Charles, et n'attendait plus que le gros lot pour vivre de ses rentes.

Elle se calme légèrement, mais conserve toujours ses idées ambitieuses, avec un certain degré d'exaltation cérébrale ; elle ne veut plus travailler, mais elle ne cesse pourtant pas de s'occuper de son ménage. Elle prend le nom de W....., sous lequel elle a été immatriculée lors de sa première entrée à Sainte-Anne. Ce nom, est celui d'une des malades qu'elle avait connue à Stephensfedl. On ignore pour quel motif elle a choisi ce nom. Elle chante toute espèce de chansons, la nuit de préférence.

Au commencement d'octobre, l'excitation augmente. Le 4 octobre, elle quitte son mari subitement, en lui laissant un mot ainsi conçu : « Je te donne la permission, le jour où tu auras faim, de vendre la timbale d'argent pour manger ; je ne te ferai aucun reproche en revenant ».

Le jour même, elle est arrêtée au Palais de l'Industrie, conduite à l'infirmerie du dépôt, puis à Sainte-Anne. Son attitude est celle d'une excitée maniaque. Elle est loquace, turbulente ; elle chante, déclame, tient des propos ambitieux incohérents.

Transférée à la Salpêtrière, elle y reste jusque vers le milieu de janvier 1886. Les renseignements sur son état pendant ce temps sont peu nombreux. Son mari ne savait ce qu'elle était devenue, à cause du faux nom qu'elle avait indiqué à son entrée. On sait qu'elle est restée constamment agitée, au point qu'on la camisolait, elle tenait toujours les mêmes propos ambitieux : elle était la Présidente, déclarait qu'elle était très riche.

L'excitation tombe brusquement, et elle est mise en liberté. Quand on lui parlait alors de son délire d'autrefois, elle le trouvait absurde. Ses réponses au sujet de ses idées ambitieuses indiquaient nettement qu'elle avait été hallucinée d'une façon très active. « On me le disait, je l'entendais dire et je le croyais. »

De janvier à octobre 1886, elle se porte très bien, travaille convenablement, tout en conservant l'attitude hautaine et fière qu'elle a toujours eue. Elle recommence à lire un nombre considérable de romans, et s'exalte encore.

Le 24 octobre, elle est subitement reprise d'idées délirantes sans agitation tout d'abord. Elle parle de rester trois jours sans manger, pour mourir de faim, puis, peu à peu, progressivement, survient l'excitation intellectuelle, avec chants, déclamations, etc. Mobilité d'esprit considérable ; elle chante, puis elle pleure, sans transition. Elle dit à son mari: « Ecoute, ce n'est pas ta faute, mais je vais devenir folle. » Elle se met à danser, cherche dispute à son mari et

veut le battre. Elle passe la nuit suivante sur son balcon, et chante jusqu'à deux heures du matin.

Le jour suivant, elle s'excite davantage, trépigne, chante, fait maints mouvements désordonnés, et se sauve. On l'arrête, au moment où elle était entrain de danser devant l'église Saint-Ambroise.

Elle arrive à l'admission dans un état d'excitation maniaque, exactement semblable au précédent. Elle crie, chante, prend parfois une attitude menaçante ; elle est visiblement hallucinée. Elle fait des phrases, des discours incohérents, chante sans cesse le même air en se balaçant sur ses jambes. On retrouve dans ses discours, le souvenir de ses lectures de romans : elle parle de Tivoli, d'amour, d'amants, de Marguerite de Bourgogne, de Buridan. Elle tient des propos érotiques et grossiers.

Depuis son entrée, son attitude n'a pas changé ; mais à ses idées érotiques se mêlent des idées ambitieuses.

Elle est toujours très hallucinée, et son attitude est fréquemment agressive. Elle cherche à frapper, prétend parfois qu'on cherche à l'empoisonner. Ses discours sont toujours incohérents, les associations d'idées rapides, et dénuées en apparence de tout lien entre elles.

Pendant l'examen de la malade que nous venons de faire ensemble, vous avez vu se développer sous vos yeux un accès très caractéristique. Elle a exprimé d'abord des idées mystiques, elle parlait de Dieu, de la religion, etc. puis tout à coup sont survenues des hallucinations de nature érotique : elle apercevait un nommé Arthur, auquel elle a fait une scène de jalousie, en lui parlant d'une autre femme, et lui adressant des reproches. A cette scène, a succédé sans transition une scène d'attendrissement ; elle a parlé en termes émus de la mère de famille, donnant des enfants à son mari, elle avait des larmes dans la voix ; un touchant tableau des joies de la famille. De temps à autre, au milieu du discours apparaissait une parole ordurière, des chants d'amour, des chants triviaux. Pendant ce temps, la malade accompagnait son chant d'un mouvement cadencé de tout le corps. Puis, vous l'avez vue frapper du pied, menacer du poing un ennemi imaginaire, et se diriger dans le vide, à la rencontre de cet ennemi. Pendant quelques instants elle a fermé les yeux et s'est entretenue avec des personnages imaginaires. Puis elle s'est jetée à terre, s'est roulée sur le parquet ; tous ses mouvements étaient entrecoupés de rires, d'élans de colère, de paroles violentes.

En somme l'agitation a été assez modérée, le cours des idées n'était pas très rapide, et l'on a pu suivre facilement tout ce qu'elle disait ; mais vous l'avez vue passer très rapidement d'une idée à une

autre, d'un état passionnel à un autre état passionnel tout différent. En un quart d'heure elle a présenté les situations mentales et morales les plus diverses.

L'épilepsie prédispose tout particulièrement aux accès maniaques. Il n'est pas rare d'observer des malades comme les deux que nous allons vous présenter maintenant. Brusquement éclate un accès maniaque, extrêmement violent, puisque pendant cet accès, peuvent se commettre les actes les plus regrettables. Cet accès dure peu, et, fait caractéristique, il est toujours suivi d'une amnésie complète, relative à tout ce qui s'est passé pendant l'accès. Il se produit une attaque ou un vertige qui sont suivis d'un accès délirant inconscient.

Le premier malade, est actuellement en voie de guérison. Pendant son accès maniaque, il s'est rendu coupable d'un homicide dont il ne reste pas la moindre trace dans son souvenir.

La seconde malade a présenté un accès de manie épileptique simple, qui prend fin seulement depuis deux jours.

Obs. VI. — *Epilepsie ; vertiges et attaques, accès maniaque post-épileptique, pendant lequel le malade fait une tentative de meurtre sur son père ; nul souvenir de l'acte.*

R... Alexandre, âgé de 35 ans venant de l'infirmerie spéciale du dépôt est entré dans le service en proie à une excitation maniaque. Ses gestes étaient désordonnés, il prononçait quelques mots sans suite, et s'agitait avec violence. Parfois il restait sombre, hébété, paraissait triste et préoccupé. Il portait une contusion au bras droit. Ses pupilles étaient inégales, et il présentait un léger bégayement qui paraît congénital.

Tout ce qu'on peut apprendre de lui c'est qu'il est professeur d'anglais en congé, qu'il habite Paris avec son père, enfin qu'il a contracté la syphilis il y a plusieurs années.

Dès son jeune âge il passait pour faible d'esprit. — Pendant qu'il était écolier, ses camarades lui faisaient accomplir toutes sortes d'extravagances et de sottises. Il mangeait avec gloutonnerie,

se livrait à la masturbation, bégayait en récitant ses leçons et parfois s'arrêtait court, (comme sous l'influence d'un vertige.)

Son père, professeur au lycée réussit à le faire nommer maître d'étude à Marseille. De Marseille il part pour l'Angleterre afin de se perfectionner dans l'étude de la langue anglaise et, à son retour, il est nommé professeur d'anglais au collége de Meaux.

Il se fait remarquer par l'étrangeté de sa conduite. Enclin à l'onanisme solitaire, il ne recherchait pas les femmes, cependant il contracte un chancre induré du gland, à la suite d'une escapade dans une maison de prostitution. On le déplace et il est envoyé au collège de Castres. Dans cette nouvelle résidence sa façon d'agir est singulière. Au restaurant il se fait servir seul afin de manger davantage. Il entreprend de grandes excursions à pied. Enfin on s'aperçoit de ses vertiges. Pendant qu'il faisait sa classe il s'arrêtait court au milieu d'une explication ou d'une dictée, puis au bout d'un instant, reprenait sa leçon interrompue.

Ces vertiges deviennent si fréquents que l'administration s'en émeut, on le remercie et il est mis en congé illimité.

Il vient habiter Paris avec son père et sa mère. Il restait fils unique, une sœur étant morte, en bas âge, de convulsions.

Son père, buveur d'absinthe, était devenu alcoolique ; d'un caractère original il avait, par moments, des étrangetés de conduite, il devenait parfois brutal, parfois il ne voulait voir personne.

La mère hystérique avait pareillement un caractère très inégal. Elle se laissait aller tantôt à de grandes joies, tantôt à de grands chagrins. Médisante, très excentrique dans ses propos, elle traitait son fils déjà âgé, comme un enfant, le dorlotait, lui donnait des gâteaux, des confitures. Elle est morte il y a environ un an d'un cancer de l'utérus.

Un oncle maternel est strabique.

C'est à Paris qu'on observe chez R... les attaques d'épilepsie. Il tombe à terre évanoui, son visage devient pâle, il se débat quelques instants, une écume sanglante s'écoule de ses lèvres, sa langue porte des traces de morsure. Avant l'attaque rien ne le prévient de ce qui va se passer, après l'attaque il ne conserve aucun souvenir, et présente l'hébétude spéciale aux épileptiques.

Sa conduite est excentrique. Il fait des promenades sans but. Il achète des livres, les cache avec soin, puis déchire les pages et jette les menus morceaux dans les cabinets ; à d'autres moments, il entreprend d'écrire des cours résumés d'anglais ou d'histoire, commence l'entête et ne continue pas son travail. Pendant quelque

temps il a la manie d'aller faire le marché, parcourant les Halles, achetant ses provisions.

Parfois il errait dans son quartier arrêtant les passants, causait avec eux, discutait avec les boutiquiers de sa rue. Par moments, il est pris d'accès de dévotion. Il réfléchit sur les mystères ; l'Apocalypse le tourmente.

Peu de temps après la mort de sa mère son caractère s'était modifié. Il était devenu sournois et méchant. Souvent des querelles éclataient entre son père et lui.

Dans ces derniers temps, sa santé physique s'était altérée, il avait beaucoup maigri ; ses habitudes d'onanisme étaient effrénées et la masturbation avait provoqué une balano-posthite qui guérit en quelques jours. Il s'était mis à boire avec excés ; à plusieurs reprises, son état d'ivresse fut remarqué.

Il avait eu l'idée de se faire acheter un harmonium par son père et avait eu, avec ce dernier, une discussion à ce sujet.

Depuis une quinzaine de jours il répétait que si son pére ne changeait pas de conduite à son égard il lui ferait son affaire « Je lui sortirai les entrailles, disait-il. » Aujourd'hui il prétend ne pas se rappeler ces paroles.

Tout récemment à la suite d'une discussion dans la rue, il voulait étrangler un jeune garçon épicier qui se moquait de lui en lui faisant des grimaces.

La veille du jour où s'est passé la scène épouvantable qui l'a fait interner, il était déjà très exalté. Son père souffrant d'une diarrhée légère s'était alité. Le fils, continuellement empressé, ne lui laissait aucun repos, il voulait lui faire boire de la tisane et l'exhortait à embrasser un crucifix ayant appartenu à sa mère. A plusieurs reprises il injuria la vieille gouvernante qui cherchait à le calmer. Il parcourait l'appartement, énervé, ne mangeait plus. Depuis près d'un mois, d'ailleurs, il ne mangeait presque plus et cachait les morceaux de viande dans son mouchoir de poche. Depuis six semaines, il avait eu trois attaques d'épilepsie, dont une très violente trois jours auparavant.

Après le départ de la bonne, R... ne se couche pas, continuant à tourmenter son père. Tout à coup, il se précipite sur lui, le saisit à la gorge et le roue de coups. La scène de violence dura toute la nuit. Le père âgé de 80 ans ne pouvait se défendre ; il le change plusieurs fois de lit, le bousculant, le frappant au visage, réclamant à grands cris un poignard pour lui ouvrir le ventre. En même temps, il brise les meubles.

Lorsque le lendemain matin, le commissaire de police entre, le vieillard était étendu nu sur le carreau de la chambre et son fils avait les deux genoux sur sa poitrine. Il tenait d'une main un crucifix de l'autre un petit canif, labourant le corps de son père, vociférant : « tu es damné, tu as le démon dans ton corps je l'arracherai, je suis celui qui chasse le diable. »

Le père fut transporté dans son lit, il avait des contusions sur l'abdomen, au creux épigastrique, une forte contusion sur la tempe du côté gauche.

Huit jours après il succombait à des phénomènes méningitiques.

Quant à R..., conduit à Sainte-Anne, il est resté agité pendant 24 heures, puis il s'est calmé progressivement et a repris en entier l'usage de ses facultés. Mais, l'amnésie est à peu près complète relativement à la scène que nous venons de rapporter et qui s'est accomplie pendant un vertige. Il ne se souvient pas d'avoir brisé les meubles et les glaces, il n'a pas vu les agents qui venaient l'arrêter ; il se rappelle seulement qu'il est monté dans une voiture dans sa rue. Il croit avoir eu une discussion avec son père, mais ce n'est que très vaguement qu'il croit avoir vu celui-ci étendu à terre. Il ignore qu'il l'a frappé, et on lui causerait un immense chagrin si on lui révélait la nature des actes dont il s'est rendu inconsciemment coupable.

Obs. VII. — *Epilepsie ; état maniaque postépileptique inconscient, suivi d'obtusion, puis de délire mélancolique conscient.*

B... âgée de 33 ans, est entrée le 2 décembre à l'admission. C'est une femme inculte, peu intelligente, qui n'a jamais pu apprendre. Son père était buveur, sa mère est nerveuse, son frère est épileptique.

A 12 ans survient la première attaque d'épilepsie. Depuis cette époque, les attaques se sont renouvelées tous le 15 jours environ. Depuis 10 ans, elle n'a guère que 2 ou 3 attaques par an.

Celles-ci sont ordinairement précédées d'une aura : la malade voit une lumière devant elle, puis elle tombe subitement sans connaissance, se fait quelquefois des blessures en tombant, elle a des convulsions toniques et cloniques, se mord la langue, perd ses urines, et ne se souvient jamais de son attaque. Elle raconte qu'en 1885, elle aurait été soignée déjà à Vaucluse pour un délire survenu à la suite d'une attaque.

Le jeudi, 2 décembre dernier, vraisemblablement à la suite d'une crise (la malade dit ressentir actuellement les mêmes symptômes qu'elle éprouve chaque fois qu'elle a été malade), elle est prise subi-

tement d'un délire maniaque très intense ; loquacité, désordre dans les actes; répétition des mêmes mots, chants, cris, extravagances. Elle entre à l'admission le 2 au soir, encore très agitée, la face couverte de contusions et d'écorchures.

Le 3 décembre aprés une nuit où l'agitation a rétrocédé graduellement, la malade est absolument tranquille, mais abnubilée. Elle raconte qu'elle est sujette à des attaques de nerfs, mais elle ne conserve aucun souvenir de son délire. Elle ignore l'endroit où elle est, et ne sait comment elle y est venue. Pendant toute la journée, elle a encore constamment des hallucinations de l'ouïe : elle entend des cris des sifflets, des jurons, des grossièretés; on lit à haute voix à côté d'elle.

Le lendemain, 4 décembre, l'obtusion a diminué, les réponses sont plus précises; les hallucinations ont disparu, mais la malade est déprimée; elle pleure, sanglote, pousse des soupirs.

Au bout de quelques jours, tous ces symptômes ont disparu.

Il est encore une maladie au cours de laquelle l'aspect maniaque se rencontre communément, mais ici cet état maniaque, bien franchement secondaire, revêt des caractères si tranchés que la confusion avec la manie vraie n'est guère possible; nous voulons parler de l'alcoolisme. Arrivé à son maximum de situation, l'alcoolique est pris de délire. Chez lui, a ce moment, les troubles sensoriels sont si multiples, si intenses, que des idées absolument protéiformes, décousues, apparaissent confuses, désordonnées, incohérentes. Les actes ont le même cachet de désordre que les idées avec lesquelles ils sont en rapport, mais en outre, il n'est pas rare d'observer une succession d'actes sans but, sans liaison apparente avec les idées, ce qui complète la ressemblance avec le maniaque. C'est qu'en effet l'intoxication alcoolique produit une excitation névro-musculaire généralisée; chaque centre agit pour son propre compte; toute coordination dans les mouvements disparaît. Avons-nous besoin d'ajouter que toute confusion avec la manie peut être évitée si l'on considère les autres signes concomitants : prédominance des hallucinations visuelles ; caractère pénible de ces hallucinations ainsi que des préoccupations délirantes, exacerbation vespérale et nocturne du délire, tremblement, disparition très rapide de l'agitation maniaque, etc. Le diagnostic peut devenir plus difficile chez certains héréditaires dégénérés qui, à la suite d'abus de boissons, sont pris d'excitation maniaque avec beaucoup moins de troubles sensoriels que dans l'accès de délire alcoolique ordinaire; mais les antécédents du malade, et la marche plus rapide des symptômes maniaques permettent de se rendre compte du caractère de l'accès.

Voici un malade atteint de délire alcoolique à forme maniaque.

Obs. VIII. — *Délire alcoolique; hallucinations multiples; accès maniaque avec vive agitation et violences.*

B..... Pierre âgé de 45 ans a exercé successivement différentes professions, qu'il est important de signaler à cause du délire professionnel que nous retrouverons plus loin. Il a été d'abord berger, puis ramoneur, puis militaire pendant 7 ans, maintenant il est emballeur. Ses habitudes alcooliques remontent déjà loin. Actuellement encore il suit une hygiène déplorable, et prend la goutte à jeun tous les matins.

Il est sujet à des cauchemars et à des troubles de la sensibilité générale caractéristiques : visions d'animaux ; oiseaux, souris, qu'il sent courir sur ses bras. La nuit, on le touche dans son lit, on lui chatouille les pieds, les organes génitaux, l'anus. Il a conscience de ces différentes hallucinations, ce qui est encore typique dans l'espèce. Des hommes passant au pied de son lit chuchottent « mon ami Pierre » ; il voit des figures grimaçantes. D'autres fois, il se voit tranporté dans les champs, et voit descendre le long des côteaux, des troupeaux de vaches, de moutons etc. : délire professionnel. Dans les derniers jours, il a aperçu une sorcière à cheval sur un balai, faisant le tour de la ferme à la hauteur d'un arbre ; elle faisait entendre une sorte de bourdonnement; quand la sorcière eut fait trois tours, il aperçut des laitiers qui entrechoquaient leurs boites à lait, puis des bestiaux, des vaches, des moutons, conduits par des bergers qui apparaissaient sous la figure de vieux paysans bossus, courbés, se traînant avec peine. Au milieu de cette foule, remuant et changeant de place, survient une patrouille de gendarmes armés de fusils. Pierre entend des menaces, on en veut à sa vie, les gendarmes l'entourent, on se jette sur lui. Il ne peut fuir, on le garrotte et on le sangle contre un arbre. Il entend dire par la foule « c'est là qu'il va y passer, ce coquin de Pierre » « Tout cela n'était qu'un rêve, ajoute le malade, mais sur le moment je croyais que c'était vrai. »

Chaque fois qu'il a bu, Pierre est ainsi sujet à des cauchemars, à des hallucinations pénibles, à des visions mobiles, changeantes, qui disparaissent dès qu'il allume une lumière. Mais, il y a quelques jours, les hallucinations ont été plus intenses. Pierre fut pris d'un délire très actif, à forme maniaque, pendant lequel il se mit à briser tout ce qui l'entourait. Arrêté, il fut interné aussitôt.

A Sainte-Anne, pendant 24 heures, il présenta une agitation rappelant de tous points celle des maniaques. Il parcourait sa chambre dans tous les sens, sautait, criait, se roulait à terre. Ses propos, en rapport avec des hallucinations très nombreuses, et surtout très mobiles, avaient le décousu de ceux du maniaque, et son attitude, à première vue, pouvait en imposer en faveur de ce dernier. Mais, au bout de 24 heures, l'agitation était complètement tombée.

Quel *traitement* doit-on opposer à la manie ? Il n'y a pas de traitement véritablement spécifique. La manie aiguë franche guérit d'elle-même, après une évolution régulière. Le rôle du médecin est néanmoins très actif. Il doit prévoir, et il peut traiter certaines complications. Nous ne signalerons que pour mémoire certains moyens usités autrefois, comme les bains de surprise, les machines rotatoires sur lesquels on fixait les malades etc. Le point capital du traitement de la manie réside dans la *suppression absolue de la camisole de force et de tout autre moyen de contention.* C'est là, la véritable prophylaxie à opposer aux complications de cette maladie. Attacher un maniaque, et l'empêcher ainsi de donner un libre cours à son besoin irrésistible de mouvement est une mesure profondément illogique et nuisible. Elle est nuisible en ce qu'elle provoque ces accès de fureur maniaque que nous avons rappelés. Elle est plus nuisible encore, quand, dans le cours de la maladie, survient de la fièvre, signe précurseur d'un délire aigu, ou syndrome d'une complication organique. Dans ces cas il faut se souvenir de ceci : *On peut presque dire que tout maniaque fébricitant que l'on camisole est un homme mort.*

Le traitement consistera ensuite dans l'administration simultanée de bains tièdes prolongés, de bromure de potassium associé ou non au chloral. La durée des bains sera calculée d'après l'état d'excitation ; elle sera de une ou deux heures, parfois de trois, quatre ou même cinq heures. Brierre de Boismont donnait des bains de dix-huit heures. Les bains tièdes

produisent une sédation très nette et procurent du repos aux malades. Pendant le bain, il est bon d'appliquer sur la tête des compresses d'eau froide, ou de laisser couler sur la tête un léger filet d'eau froide. On donnera concurremment le bromure à la dose moyenne de 5 grammes dans une potion que l'on fera prendre par moitié avant chaque repas. C'est le mode d'administration qui nous a paru le plus pratique. Une excellente méthode consiste à associer parfois le choral au bromure, dans deux potions différentes, le bromure au diner, le chloral après le coucher ; on peut encore administrer le choral en lavements. L'association de ces deux médicaments produit des résultats que l'on n'obtient pas par leur administration séparée. Dans ces cas, 2 grammes de chloral suffisent pour donner du sommeil la nuit.

Pendant les premiers jours de la maladie, alors que la malade n'est pas encore internée, le médecin rencontre parfois de sérieuses difficultés pour calmer et maintenir les maniaques. Une des meilleures méthodes, que l'on peut d'ailleurs employer avec efficacité dans le cours de la maladie, est l'emploi du drap mouillé. Les malades sont soigneusement enveloppés dans ce drap et dans une couverture ; on provoque chez eux une forte sudation en les faisant boire abondamment. Il est rare qu'on n'obtienne pas, par ce procédé, un bon résultat immédiat.

Un traitement que nous préconisons parce qu'il nous a donné quelquefois de bons effets, c'est l'administration du laudanum à doses progressives, en commençant par quinze gouttes, puis en augmentant chaque jour d'une goutte jusqu'à 4, 5 grammes et même 10 et 15 grammes par jour.

La morphine ne produit aucun résultat; nous en avons donné sans succès à l'une de nos malades jusqu'à 33 centigrammes par doses progressives. Ce médicament présente, en outre, le danger de provoquer des habitudes morphiniques dont il est difficile de se débarrasser.

Les purgatifs, les vomitifs que l'on a administrés systématiquement n'ont pour résultat que d'affaiblir les malades. Nous en dirons autant de l'émétique en lavage. Celui-ci provoque un état nauséeux et une dépression considérable des forces que l'on peut considérer comme préjudiciable. On doit s'en abstenir à moins d'indications spéciales.

La diète lactée a été préconisée par M. Baillarger. Les révulsifs, utiles quand il y a des phénomènes congestifs, ne servent qu'à titre d'adjuvants.

Un médicament très efficace et d'un grand secours, surtout quand on est appelé à donner des soins à un maniaque loin d'un asile, est le chlorhydrate d'hyoscine ; c'est en quelque sorte le spécifique du syndrome *agitation*, et aucun accès maniaque ne peut, passagèrement, du moins, résister à son action. Avec le chlorhydrate d'hyoscine, on est toujours assuré de calmer un maniaque et de lui procurer quelques heures de sommeil. Nous nous servons d'un chlorhydrate d'hyoscine fourni par M. Merck de Darmstadt. La solution que nous employons habituellement est la suivante :

Chlorhydrate d'hyoscine............	5 centigr.
Eau distillée........................	25 grammes

Une demi-seringue de Pravaz de cette solution renferme un milligramme.

Quand on injecte à un malade, en proie à une vive excitation maniaque, un milligramme de chlorhydrate d'hyoscine, on ne remarque d'abord aucun changement dans ses allures ; mais au bout de 5 à 10 minutes, rarement davantage, l'agitation s'apaise, les mouvements perdent leur brusquerie et leur rapidité, et sont moins étendus. Par intervalles de quelques secondes, le malade reste tranquille, s'arrête dans sa marche, ne gesticule plus. La démarche devient titubante, chancelante, les mouvements mal coordonnés.

Une femme atteinte d'excitation maniaque nous disait dans son langage expressif : « Vous m'avez soûlée, j'ai la tête engourdie, mais cela ne m'est pas désagréable. » Les membres, les inférieurs surtout, paraissent plus lourds et le malade ne les soulève qu'avec effort.

La nommée D.. maniaque, nous disait sept minutes après l'injection. «Mes jambes ne veulent plus aller; mes pieds collent au plancher. » Un autre maniaque qui essayait vainement de se relever répétait : j'ai de la poix à mon pantalon qui me retient à ma chaise. Un peu plus tard les membres supérieurs s'affaiblissent à leur tour. Ainsi, le malade M..., étendu sur un matelas, essaie de donner un coup de poing, mais son bras retombe sans force sur l'épaule du voisin.

La faiblesse musculaire et l'incoordination motrice obligent bientôt le malade à se coucher et, au bout de 15 à 20 minutes, il ne peut plus se lever. Il essaie encore de se redresser, mais ses jambes ne le soutenant plus, il se traîne accroupi sur le sol. En même temps la loquacité diminue, la volubilité s'amende, il y a des intervalles de silence; la voix devient de plus en plus faible, quelquefois elle est cassée, tremblante et, au bout de vingt-cinq minutes, elle est éteinte; le malade ne parle plus, ou dit de temps à autre quelques mots qu'on a de la peine à saisir.

Un état de lassitude générale accompagne ces phénomènes. Si le malade est assis, la tête retombe sur la poitrine, les paupières se ferment malgré lui, et, finalement il s'endort. Le sommeil ne paraît pas profond ; si l'on touche le malade, il ouvre les yeux, mais se rendort aussitôt. Ce sommeil dure 5 à 10 heures. Au réveil, le malade reste calme quelquefois pendant une demi-heure, et, quand l'action du médicament est épuisée, l'agitation et la loquacité reviennent aussi intenses qu'avant l'injection.

Chez quelques sujets le pouls a augmenté de fréquence ; chez d'autres, au contraire, nous avons observé un ralentis-

sement. Mais on ne doit pas perdre de vue que l'agitation maniaque cessant sous l'influence de l'hyoscine, l'activité circulatoire diminue par le seul fait du repos.

Plusieurs fois, nous avons observé une rougeur assez prononcée de la face pendant une ou deux heures.

Une fois chez un maniaque tuberculeux, immédiatement après l'injection de un milligr., il s'est produit une pâleur subite du visage avec tendance à la syncope.

Les pupilles sont dilatées déjà au bout de 8 à 10 minutes et l'accommodation est paralysée. La mydriase persiste environ 3 jours.

La sensibilité générale est intacte; mais deux fois nous avons constaté une insensibilité de la conjonctive et de la cornée. Notons encore un sécheresse de la gorge et de la difficulté à avaler. Les malades ont soif, boivent volontiers, mais déglutissent difficilement les aliments solides.

En résumé, en dehors de l'emploi du chlorhydrate d'hyoscine, ce qu'il faut retenir des différentes méthodes de traitement peut se formuler de la façon suivante:

1° D'abord, et avant tout, supprimer les moyens de contention;

2° Administrer des calmants : bromure et chloral, séparément ou simultanément ;

3° Tenter la cure par le laudanum à dose progressive :

4° Surveiller l'état général, l'état des forces, et par suite l'alimentation du malade. En nourrissant le malade, on lui permet de récupérer des forces qu'il perd incessamment, et de faire les frais d'une maladie souvent longue. On a rarement l'occasion de forcer les maniaques à manger ; ces malades sont ordinairement gloutons ; mais en cas de refus d'aliments, il ne faudrait pas hésiter à employer le cathétérisme, sous peine de voir survenir à brève échéance un affaiblissement considérable de la résistance physique, dont la conséquence serait funeste.

TABLE DES MATIÈRES

PREMIÈRE PARTIE

ÉPILEPSIE

PREMIÈRE LEÇON

Préliminaires. — Aura.

DEUXIÈME LEÇON

Attaques ; Vertiges ; Epilepsie larvée. Physiologie pathologique.

TROISIÈME LEÇON

Responsabilité des Epileptiques. Délire. Actes. Impulsions.

QUATRIÈME LEÇON

Responsabilité des Epileptiques. Délire. Actes. Impulsions.
(*suite et fin*).

CINQUIÈME LEÇON

Coexistence de l'épilepsie avec certaines autres formes de maladies mentales.

SIXIÈME LEÇON

Traitement de l'épilepsie.

DEUXIÈME PARTIE

DIPSOMANIE

PREMIÈRE LEÇON

Historique. — Etiologie.

DEUXIÈME LEÇON

Symptômes.

TROISIÈME LEÇON

Impulsions multiples chez le dipsomane.

QUATRIÈME LEÇON

Etat mental du dipsomane. Dégénérescence. Syndromes épisodiques variés.

CINQUIÈME LEÇON

Diagnostic. — Traitement.

TROISIÈME PARTIE

HÉRÉDITAIRES DÉGÉNÉRÉS, DÉLIRANTS CHRONIQUES ET INTERMITTENTS

PREMIÈRE LEÇON

Considérations générales sur la folie des héréditaires dégénérés.

DEUXIÈME LEÇON

Des héréditaires dégénérés (*suite*).

TROISIÈME LEÇON

Des délirants chroniques et des intermittents.

QUATRIEME PARTIE

DÉLIRE CHRONIQUE

—

PREMIÈRE LEÇON

Historique.

DEUXIÈME LEÇON

Historique (*Suite*).

TROISIÈME LEÇON

1re période d'interprétations délirantes, illusions ; 2e période de persécution. hallucinations auditives.

QUATRIÈME LEÇON

Troubles de la sensibilité générale. Rareté des hallucinations visuelles.

CINQUIÈME LEÇON

Modes de réaction du délirant chronique. Séquestration.

SIXIÈME LEÇON

Période ambitieuse. — Période de démence.

SEPTIÈME LEÇON

Diagnostic. — Les persécutés-persécuteurs.

HUITIÈME LEÇON

Diagnostic. — Persécutés-Persécuteurs.

NEUVIÈME LEÇON

Diagnostic. — Persécutés-Persécuteurs.

DIXIÈME LEÇON

Diagnostic (suite), — Délire systématisé chez les dégénérés.

ONZIÈME LEÇON

Diagnostic (*suite*). Délire systématisé chez les dégénérés.

DOUZIÈME LEÇON

Considérations médico-légales. — Traitement.

CINQUIÈME PARTIE

MANIE

—

PREMIÈRE LEÇON

Manie simple.

DEUXIÈME LEÇON

Des manies symptomatiques ou états maniaques dans les diverses formes mentales.



ORLÉANS. — IMP. G. MORAND.